

SIMULATIONEN

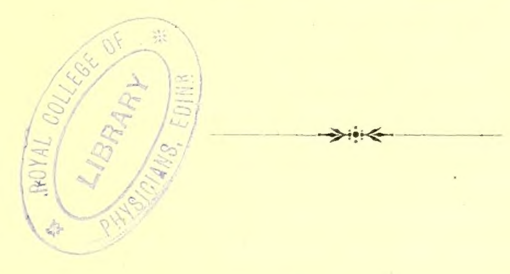
UND IHRE BEHANDLUNG.

Für Militair-, Gerichts- und Kassen-Aerzte bearbeitet

von

Dr. E. Heller,
Oberstabs-Arzt a. D.

Zweite vermehrte und verbesserte Auflage.



Leipzig,
Verlag von Ambr. Abel.
1890.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Vorwort zur ersten Auflage.

Die nachstehende Schrift ist aus der Praxis heraus geschrieben für die Praxis. Sie will nicht neu erfundene, überraschende Methoden zur Entlarvung der Simulanten bringen, sondern aus dem vielfach zerstreuten Material den Collegen in Kürze das bieten, was sie wirklich brauchen können und zeigen, wie sie es brauchen müssen, wenn sie dem Simulanten gegenüber zum Ziele kommen wollen. Mit schönen, theoretisch aufgebauten Methoden ist es allein nicht gethan, man muss vor Allem auch die Schwierigkeiten kennen, die im concreten Fall zu entstehen pflegen und zunächst überwunden werden müssen, wenn nicht die beste Methode ohne Erfolg bleiben soll. Auf diese Schwierigkeiten ist an der Hand der Erfahrung und nach praktischer Prüfung der Methoden überall hingewiesen.

Um dem praktischen Bedürfniss zu entsprechen, sind ferner alle weitschweifigen Betrachtungen vermieden, welche einzelne Autoren als Beweis ihrer Gründlichkeit und Wissenschaftlichkeit für unumgänglich halten, während sie oft nichts weiter bedeuten, als ein Wiederkäuen der Gedanken Anderer in anderer Form. Ueberall ist das Wesentliche möglichst präcise und mit möglichst wenig Worten gesagt. Die richtige Untersuchung des Kranken und die wissenschaftliche Verwerthung des Gefundenen ist Sache jedes Einzelnen, wirkliche Krankheitssymptome sind daher nur da angeführt, wo sie als Gegensatz zu dem gewöhnlichen Verhalten der Simulanten in Betracht kommen. Eine Ausnahme davon habe ich bei dem wichtigen Kapitel der transitorischen Seelenstörungen gemacht, nicht als ob ich meinte, dass das Angeführte zur Beurtheilung derselben irgendwie ausreichte, sondern in der Hoffnung,

dass diejenigen Collegen, welche diesen Gebieten ferner stehen, sich danach orientiren und im gegebenen Falle selbst entscheiden können, in welcher Richtung sie ihre Specialstudien anzustellen haben.

Eine Casuistik habe ich beigefügt, um auch denen ein selbstständiges Urtheil zu ermöglichen, welche weniger zahlreiche Fälle von Simulationen zu Gesicht bekommen. Gleichzeitig soll dieselbe eine bessere und kürzere Begründung der aufgestellten Grundsätze bilden, als durch theoretische Deductionen gegeben werden könnte. Alles Selbstverständliche und Unwesentliche ist auch hier fortgelassen worden. Ausgewählt sind ausser Fällen, die an sich ein Interesse bieten, besonders solche, welche die Schwierigkeiten bei dem Versuch der Entlarvung illustriren (leider werden meist nur die glücklich ausgeführten Entlarvungen veröffentlicht und die Misserfolge verschwiegen), und solche, welche charakteristisch für die in jetziger Zeit gewöhnlichen Arten der Simulation sind.

Denn auch die Simulationen wechseln mit den Zeiten wie alles in der Welt. Vergleicht man ein älteres Werk über diesen Gegenstand, so ist man erstaunt, dass Dinge weitläufig behandelt werden, welche man selbst nie gesehen hat, während andere Täuschungsversuche, die jetzt eine häufige Plage für den beamteten Arzt sind, kaum erwähnt werden. Der Simulant wählt eben nur solche Krankheiten, bei denen er eine wirkliche oder scheinbare Aussicht auf Erfolg hat. Auf diesem Umstand beruht auch die Wichtigkeit der Ueberführung der Simulanten, denn jede erfolgreiche Simulation hat zahlreiche neue Versuche der Täuschung zur Folge.

Danzig, im März 1882.

Der Verfasser.

Vorwort zur zweiten Auflage.

Beim Erscheinen der zweiten Auflage ist es meine nächste Pflicht, den Collegen und verschiedenen medicinischen Zeitschriften für die freundliche Aufnahme der ersten zu danken. Allerdings hatte letztere das scheinbare Unglück, in der Deutschen militärärztlichen Zeitschrift, von der ich am ehesten eine unparteiische Würdigung meines Büchleins erwarten zu dürfen meinte, einer „vernichtenden" Kritik unterzogen zu werden. Diese Kritik, welche glücklicher Weise nicht vernichtend wirkte, war voll der gröbsten Entstellungen und Unrichtigkeiten, doch verweigerte die Redaktion die Aufnahme einer Berichtigung, obwohl ich die Aufnahme wenigstens einiger Punkte auf Grund des Pressgesetzes hätte verlangen können. Aus besonderen Gründen liess ich meine Berichtigung in der Deutschen Medicinal-Zeitung, Jahrgang 1882, Nr. 33 erscheinen und haben mir Kritik und Berichtigung eine ganze Reihe zustimmender Erklärungen von älteren wie jüngeren Militärärzten eingebracht. Ich habe damals nicht für alle diese freundlichen Zuschriften, welche mir besonders wohl thaten, direkt danken können und hole nun das Versäumte nach, wenn auch etwas spät, doch mit ebenso warmem Dankesgefühl für den echt collegialen Sinn, den ich seiner Zeit darin fand.

Die neue Auflage habe ich durch vielfache Zusätze und Umänderungen möglichst zu verbessern gesucht; gänzlich umgearbeitet

ist das wichtige Kapitel über die Prüfung der Sehfähigkeit. Wenn durch letzteres, wie ich hoffe, meine Arbeit eine erhebliche Verbesserung erfahren hat, so gebührt das Verdienst dafür wesentlich meinem verehrten Freunde, Herrn Oberstabsarzt Dr. Dieterich in Colberg, der mir seine reichen ophthalmologischen Erfahrungen zur Verfügung gestellt hat. Ich verfehle nicht, ihm auch an dieser Stelle meinen wärmsten Dank dafür auszusprechen.

Freienwalde a. O., im Februar 1890.

Der Verfasser.

Inhaltsverzeichniss.

I. Allgemeiner Theil.

Simulationen von Krankheiten sind zu allen Zeiten vorgekommen und in neuerer Zeit dürften sie eher seltener geworden sein, als zugenommen haben. Aber mit der Abnahme der Zahl der Simulationen ist die Entlarvung der Simulanten um so schwieriger geworden. Es liegt dies einfach in dem Entwickelungsgange unserer rechtlichen und socialen Verhältnisse. Die Zeiten sind vorüber, wo (um ein wiederholt vorgekommenes Beispiel anzuführen) der Arzt mit dem Glüheisen in der Hand plötzlich auf den angeblich Gelähmten losfuhr und dieser mit langen Sprüngen sich rettete. Heut zu Tage weiss der Simulant, dass ihn der Arzt mit dem Glüheisen nicht verletzen darf, er würde es vielleicht gar nicht ungern sehen, wenn der Arzt ihm unvorsichtiger Weise die Haut versengte, hätte er doch einen Grund mehr, sich zu beklagen und eine Wunde, deren Heilung er verzögern könnte, die ihm eine Waffe gegen seinen Feind (als welchen er den beobachtenden Arzt ja stets betrachtet) in die Hände giebt. „Mit Liebe und Sanftmuth“, wie ein College zu sagen pflegte, soll jeder Kranke, auch der, von dessen Schwindelei der Arzt moralisch überzeugt ist, behandelt werden und es ist — mit Recht — jede Behandlungsweise ausgeschlossen, welche nicht durch die Art der Krankheit und ihre Erscheinungen gerechtfertigt wird. Es mag dies zuweilen recht unbequem sein, aber doch ist es gut, dass die Verhängung einer mehr oder weniger schlimmen Tortur nicht mehr in die Hand eines einzelnen Menschen gelegt ist, denn wie leicht kann er irren und es lässt sich ja nicht leugnen, dass in dieser Hinsicht geirrt worden ist. Müssen wir uns also darein finden, dass uns nicht jedes beliebige Mittel zur Entlarvung eines Simulanten frei steht, so sind zweitens die Simulanten selbst

schlauer geworden, sie sind unterrichteter als früher, sie finden eher Anleitung zu erfolgreicher Vortäuschung, sie sind, wenn man diesen Ausdruck von einem Schwindler gebrauchen darf, ehrliebender, als früher, denn sie schämen sich, überführt zu werden und entwickeln daher häufig eine Hartnäckigkeit in ihren Täuschungsversuchen, welche selbst eine dauernde Schädigung des eigenen Körpers nicht scheut. Wie gut es zuweilen ist, einem Simulanten eine Brücke zum Rückzug zu lassen, weiss ja jeder Praktiker.

Mit kurzen Worten: Das einzelne Individuum wird höher geachtet und kann, auch als Betrüger, nur nach gewissen Rechtsnormen behandelt werden und es hat sich selbst in höherem Grade achten gelernt und exponirt sich weniger unvorsichtig der Möglichkeit, als Betrüger entlarvt zu werden.

Dazu kommt nun noch die Schwierigkeit, dass ein (so zu sagen) ärztlicher Beweis der Simulation in den seltensten Fällen von praktischer Wichtigkeit ist; der Beweis muss auch so geführt werden, dass der Simulant vom juristischen, vom Laien-Standpunkt aus verurtheilt werden kann. Der Richter will nicht bloss vom Arzte hören: Der Mann ist nach ärztlichem Ermessen ein Simulant, er will auch Gründe für diese Behauptung und zwar solche Gründe, die auch für den Nicht-Fachmann überzeugend sind.

Endlich, und das ist ein sehr wichtiger Punkt, liegt in sehr vielen Fällen gar keine Schwierigkeit vor, zu constatiren, dass ein Mensch in Bezug auf sein angebliches Leiden Unwahrheiten sagt, dass er z. B. nicht so schlecht sieht oder so schlecht hört, als er sich anstellt — ob er aber genügend gut sieht oder hört, um dienst- oder arbeitsfähig zu sein, ist damit natürlich noch lange nicht erwiesen. Die Feststellung, ob und wie weit ein vorhandenes Leiden übertrieben wird, bietet oft die grössten Schwierigkeiten. Nun könnte man sagen: Der Mann müsste zunächst für sein Lügen bestraft werden, es wäre ihm eine Warnung, vielleicht auch ein Anlass, die Täuschungsversuche überhaupt aufzugeben. Allein offenbare Lügen, welche auf Uebertreibungen beruhen, werden sich schwer juristisch so feststellen lassen, um eine Verurtheilung herbeizuführen, da immer dem Richter die Möglichkeit vorschweben wird, dass nur Ungeschicklichkeit und Schwerfälligkeit (wie es ja in der That häufig der Fall ist) die falschen Angaben des Untersuchten verursachten.

Trotzdem muss in jedem Falle die Entlarvung des Betrügers mit grösster Ausdauer erstrebt werden (besonders im Militärdienst ist es wichtig, keinen geschickten Simulanten, eine so grosse Last er zuweilen auch für Truppe und Arzt sein mag, muthlos zu entlassen, denn für den einen Entlassenen finden sich bei der nächsten Rekruteneinstellung fast regelmässig eine ganze Anzahl ähnlicher Simulanten ein*), und man kann dreist behaupten: es ist fast in allen Fällen möglich, die Simulation für das ärztliche Urtheil festzustellen, in sehr vielen auch, den Laien von der Richtigkeit dieses Urtheils zu überzeugen.

Welches sind nun die Mittel hierzu?

In erster Linie steht selbstverständlich die genaue Kenntniss der Symptome der simulirten Krankheiten, es ist diese die Grundbedingung, auf der sich das ärztliche Handeln gleichsam aufbaut. Mit Hilfe dieser Kenntniss gilt es dann, sehr scharf, aber vorurtheilslos zu beobachten, sowohl das spontane Verhalten des angeblichen Kranken, wie das, welches er in bestimmten Situationen zeigt, welche die Erfahrung als vortheilhaft zur Entlarvung gelehrt hat. Endlich, und das ist nicht unwesentlich, muss man Geduld haben und sich unter Umständen viel Zeit lassen, denn auch bei dem schlauesten Simulanten, dem sonst nicht beizukommen ist, kommen endlich Momente, wo seine Wachsamkeit und Ausdauer ermüden.

Zunächst (wie denn überhaupt die Thorheit der Leute, welche der Arzt sonst in seiner Praxis täglich zu bekämpfen hat, hier sein mächtigster Bundesgenosse wird) pflegt der Simulant sein Leiden möglichst zur Schau zu stellen und die angeblichen Beschwerden in der auffälligsten Weise zu produciren. Man braucht nicht lange zu untersuchen, um die Diagnose zu stellen, gewöhnlich beginnt der Untersuchte damit: „Ich leide an —, schon so und so lange, und das wird auch nie besser“, oder: „dies Geschwür bricht immer wieder auf“. Ist er Rekrut, so pflegt er zu versichern, wie gern er Soldat werden wollte, aber leider könnte er es nicht. Hat er

*) Bei jeder Rekruteneinstellung finden sich Simulanten, es ist aber besonders in grossen Garnisonen auffällig, wie in einzelnen Jahren auch einzelne Krankheiten überwiegen, z. B. in dem einen Jahre Epilepsie, im anderen Fussgeschwüre.

ein kleines artificielles Geschwür am Unterschenkel, welches die Bewegung in nichts hindert, so hinkt er, als ob die ganze Fusssohle wund wäre; hat er ein nach längst abgelaufener Entzündung in seinen Bewegungen etwas beschränktes Gelenk, so bewegt er es activ gar nicht und wird es passiv bewegt, so spannt er die Muskulatur an und äussert einen heftigen Schmerz, für den kein Grund zu finden ist.

Dieses Verhalten, die offenbare Ueberschätzung kleiner Gebrechen und die scheinbare Hyperästhesie des Untersuchten ist es gewöhnlich, was den Arzt zunächst gegen die Angaben des Betreffenden misstrauisch macht. Die Begründung des Misstrauens erlangt man oft sehr bald durch unvermuthete Besuche und Untersuchungen, wie schon Casper (Handbuch d. gerichtl. Medicin, I. Band, Abschnitt 5) in seiner praktischen Weise ausgeführt hat. Ist der Kranke in seiner Wohnung zu besuchen, so findet man dann wohl, dass Gichtische oder Rheumatische bei schlechtestem Wetter gar nicht zu Hause sind, oder dass ein bis an's Kinn zugedeckter Kranker, wenn man die Bettdecke aufhebt, sich völlig angekleidet zeigt, dass der Kranke oft nicht den Namen seines Arztes anzugeben weiss oder wenn man ihn nach der Arznei fragt, eine Flasche producirt, deren Signatur ein Datum des vorigen Jahres trägt. Noch erfolgreicher ist oft ein zweiter Besuch, weil er immer unerwarteter ist, als der erste, auf den sich der Simulant vielleicht lange präparirt hat. Kehrt man unter dem Vorwand, noch eine Frage vergessen zu haben, sofort zurück, so findet man wohl den eben noch Schwerkranken aufgestanden und zum Ausgehen bereit.

Befindet sich der Simulant in einem Krankenhause, so empfehlen sich nicht nur Besuche zur ungewöhnlichen Zeit, sondern eine beständige Ueberwachung dadurch, dass man ihn in ein Zimmer legt, in welchem sich ein oder mehrere Schwerkranke befinden, die dauernder Aufsicht bedürfen. Er ist dann unter Beobachtung, ohne dies zuweilen genügend zu beachten.

Ist bei der Untersuchung der Simulant nicht von selbst redselig oder nennt er nur einen mehr oder weniger zutreffenden Krankheitsnamen, wie Rheumatismus, Brustschmerzen, Fussgelenkentzündung, so ist es gut, sogleich präcise Angaben über seine Beschwerden zu fordern. Während der wirklich Leidende seine

Schmerzen sehr genau lokalisirt, so kann dies (mit Ausnahmen, wovon später) der Simulant nicht und sucht es zu vermeiden. Er fährt mit der flachen Hand über die ganze vordere Brustseite, über den ganzen Fuss bis zur Mitte des Unterschenkels, anstatt mit dem Zeigefinger die schmerzenden Punkte zu zeigen. Fragt man mit dem Finger das schmerzende Glied betastend: „Thut es hier weh?", so antwortet der Simulant beständig mit „Ja", lässt sich auch wohl verleiten, an unpassender Stelle auf ein: „hier aber wohl nicht" mit „Nein" zu antworten. Bei inneren Leiden kann man den Simulanten zuweilen dazu bringen, selbst seine Unglaubwürdigkeit zu erweisen, indem man ihm anscheinend vertrauend nach Symptomen fragt, die mit dem angeblichen Leiden in gar keinem Zusammenhang stehen, und womöglich recht absonderlich sind, wie z. B. ob ihm beide Daumen einschlafen, ob er Morgens zuerst doppelt sieht und ähnliches (cf. Casper l. c.).

Bringt man ihn überhaupt dazu, genaue Angaben zu machen, so ist es gut, dieselben zu constatiren (falls man dictirt, unter Anwendung technischer oder lateinischer Ausdrücke), und man wird dann bald finden, dass er, besonders bei äusseren Leiden, am nächsten oder in den folgenden Tagen von diesen Angaben abweicht. Da ihm die Kenntniss der anatomischen Punkte, nach welchen sich der Arzt orientirt, abgeht, so täuscht ihn leicht sein Gedächtniss über die Stellen, an denen er Schmerzen angegeben hatte.

In anderer Weise verrathen sich zuweilen die Simulanten, und nicht die dümmsten, dadurch, dass sie nach Angabe eines Fehlers und Nichtachtung desselben durch den untersuchenden Arzt, alsbald über ein zweites Leiden zu klagen haben und mit diesem ihr Glück versuchen. Zuweilen kommen sie selbst noch mit einem dritten Fehler, ohne zu bedenken, wie sehr sie dadurch das Misstrauen erwecken müssen (cf. die Casuistik). Andrerseits finden sich verschmitztere, die zwar bei ihren Klagen beharren, aber wenn die Begründung derselben nirgends Glauben bei den Aerzten findet, plötzlich andere Ursachen angeben, von denen sie vorher kein Wort geäussert haben. So in Fall 44, wo ein Mann Schmerzhaftigkeit des Kniegelenks auf Grund einer alten unschädlichen Hautnarbe simulirte. Nachdem er bei verschiedenen Aerzten damit kein Glück gehabt hatte, erzählte er (nach drei Monaten) vor einer neuen ärzt-

lichen Commission plötzlich eine lange Geschichte, dass er von einem Vorgesetzten zum Laufschritt im Wasser gezwungen worden und dadurch die Schmerzhaftigkeit entstanden sei. An der Simulation war aus anderen Gründen kein Zweifel.

Während also der Wechsel und der Widerspruch der Angaben so zum Erkennen der Simulation führen (es gehören hierher besonders entzündliche und nach Verletzungen entstandene Leiden, sowie angebliche Fehler der Sinnesorgane) — ist es in anderen Fällen (besonders rheumatische und neuralgische Beschwerden) grade umgekehrt das Stereotype der Angaben, welches den Verdacht der Simulation bestätigt. Das Befinden des an einer chronischen Krankheit Leidenden gleicht einer unregelmässigen Ebbe und Fluth, er befindet sich bald besser, bald schlechter, klagt heute über die eine Stelle mehr, morgen über andere, ist entweder hoffnungsvoll oder verzagt, und spricht sich gern über den Wechsel seines Zustandes und seiner Ansichten aus, er hält nichts für zu unwichtig, um es dem Arzte ausführlich vorzutragen. Derjenige aber, welcher sich freiwillig auf das Krankenlager begiebt, um dem Arzte die Ueberzeugung eines chronischen Leidens beizubringen, wiederholt mit gewisser Monotonie täglich dieselben Klagen; mit der Zeit wird ihm dies selbst langweilig, er empfängt den Arzt schon mit einem verdrossenen: „es ist noch immer beim Alten", er hat nie Hoffnung auf seine Wiederherstellung, und wenn es gar zu lange dauert, ehe der Arzt die Heilversuche aufgiebt, und die gewünschte Entscheidung trifft, fängt er auch wohl an, sich mehr oder weniger energisch dahin auszusprechen, „dass es ja doch nicht anders werden würde." In diesem Falle wirkt es oft vortrefflich, wenn der Arzt mit der grössten Ruhe und Gleichmüthigkeit den Kranken zur Geduld verweist auf fernere Wochen oder noch besser Monate und Jahre. Die dadurch eröffnete Aussicht veranlasst manchen, freiwillig aufzustehen.

Ueberhaupt ist ein gleichmässiges ruhiges Verhalten des Arztes das einzig Empfehlenswerthe. So frech und dumm auch die Angaben des Mannes sein mögen, wie sehr auch die Verschleppung einer Untersuchung (ich erinnere nur an die Feststellung angeblicher Sehstörungen) durch immer wiederkehrende ganz offenbare Lügen des Untersuchten selbst den langmüthigsten Menschen zum Zorn reizen

müssen, immer soll der Arzt es vermeiden, auch nur mit heftigen Worten gegen den Simulanten vorzugehen. Es ist diese Selbstbeherrschung nicht nur eine Pflicht, sondern man kommt damit auch viel weiter. Dass die Worte eines Zornigen nicht durchweg ernst gemeint sind, ist eine Wahrheit, deren sich auch der Ungebildete instinctiv bewusst ist. Dagegen was mit leidenschaftloser Ruhe, womöglich mit anscheinender Gleichgiltigkeit gesagt wird, nimmt er für bittern Ernst. So ist es in vielen Fällen ja gut, dem Simulanten zu sagen, dass man ihn als solchen erachtet, aber nicht unter Vorwürfen, sondern mit ruhigen Worten: Ich glaube das nicht, Sie sind gesund, gehen Sie! Und in vielen Fällen wird dann die Ueberzeugung, keinen Glauben zu finden, von der Fortsetzung der Simulation abhalten. Freilich giebt es hartnäckige Simulanten, auf welche das keinen Eindruck macht, und deren Verurtheilung doch voraussichtlich nicht zu erzielen ist. In diesen wird durch heftige und schlechte Behandlung nur der Geist des Widerspruchs und der Trotz verstärkt. Mehr als einen Rekruten habe ich aber dadurch geheilt, dass ich ihm ganz ruhig sagte: Wollen Sie hier liegen bleiben, meinetwegen, mir soll es gleich sein, vorläufig haben wir drei Jahre Zeit.

Vor allen Dingen sei man vorsichtig mit dem wiederholten Androhen von Strafen, wenn man nicht in der Lage ist und den Willen hat, sie herbeizuführen. Drohungen, die keine Folgen haben, machen den Simulanten erst recht sicher. Die Hoffnung auf freiwillige Aufgabe der Simulation darf man danach kaum noch festhalten.

Bei allen hartnäckigen Simulanten ist es nun unsere Aufgabe, Inconsequenzen und Widersprüche in ihren Angaben und Handlungen nachzuweisen. Die Methoden dazu sind nach der Verschiedenheit der simulirten Leiden sehr verschieden und muss ich in dieser Hinsicht auf den speciellen Theil verweisen. Der Klugheit und Erfindungsgabe des Einzelnen ist dabei ein gewisses Feld überlassen, indessen soll man sich hüten, auf die Ueberlistung des Simulanten, wie sie in einzelnen schönen Geschichten erzählt wird, zu viel Werth zu legen. Zum Theil gehören diese Geschichten zu den gut erfundenen, und soweit sie wirklich wahr sind, würde man mit einer beabsichtigten Wiederholung derselben kaum Glück

haben, es ist damit wie mit den meisten wohlgelungenen Scherzen, die bei versuchten Wiederholungen gewöhnlich sehr schal ausfallen.

Zu besprechen sind aber hier noch die therapeutischen Massnahmen gegen vorgeschützte Krankheiten. Sie sind in vielen Fällen von grösster Wichtigkeit sowohl für die Diagnose der Simulation, als für den Zweck, dem angeblich Kranken seine Täuschungsversuche zu verleiden. Von vornherein bemerke ich, dass therapeutische Quälereien durchaus zu verwerfen sind. Aber da es häufig für dieselbe Krankheit Heilverfahren von ziemlich gleicher Güte, aber verschiedener Annehmlichkeit giebt, so halte ich mich wohl für berechtigt, da, wo ich den Verdacht einer Simulation hege, das unbequemere Verfahren zu wählen. Es ist dies das einfachste und sicherste Mittel festzustellen, ob der Verdacht begründet ist oder nicht. Der wirklich Kranke nimmt keinen Anstoss daran, wenn die Medicin bitter ist, d. h. er erträgt unangenehme Proceduren wie kalte Douchen, starke elektrische Ströme, Schwitzkuren mit oder ohne Pilocarpin-Injection und ähnliches ruhig und resignirt, weil er hofft, durch dieselben gesund zu werden. Der Simulant jedoch sieht in ihnen ganz überflüssige Quälereien, von seinem Standpunkt auch mit Recht, denn er will ja nicht gesund werden, und er benimmt sich so ungeberdig als möglich, erklärt sehr bald, dass er so etwas nicht aushalten könne, dass sein Leiden dadurch noch schlimmer werde, sucht auch wohl dem Heilverfahren direct zu entfliehen. Es giebt kaum etwas Constanteres und Charakteristischeres, als dieses Verhalten der Simulanten (vorausgesetzt, dass man nicht mit Anwendung der Behandlungsmethode gedroht und sie so von vornherein als Strafmittel gekennzeichnet hat)*). Daher wäre es eine falsche Auffassung der Humanität, wenn man in solchen Fällen von fernerer Behandlung abstehen wollte, nachdem man die Simulation erkannt hat, denn was der Kranke willig erträgt, warum sollte das der gesunde Simulant nicht aushalten können? Je unangenehmer die Kur ist, um so eher wird sie in solchen Fällen zur Heilung führen.

*) Wenn beim Militär zuweilen Offiziere oder Unteroffiziere einem nicht willigen Manne drohen, ihn in das Lazareth zu schicken behufs elektrischer Behandlung, so ist selbstverständlich dem Arzt die Möglichkeit genommen, diese Behandlung in Anwendung zu bringen.

Natürlich ist dabei immer die Persönlichkeit des Simulanten entscheidend. So pflegen die Simulanten polnischer Nationalität eine Idiosynkrasie gegen kaltes Wasser zu haben und nicht selten sind ihnen schon morgendliche kalte Abreibungen etwas Schreckenerregendes.

Wohl aber erachte ich es dem humanen Berufe des Arztes entsprechend, dass, wenn es ihm gelungen ist, einen Simulanten zu entlarven, er sich zunächst mit diesem Triumph begnügt und nicht in allen Fällen eine gerichtliche Bestrafung anstrebt. Es ist dies besonders wichtig für die Simulationen der Rekruten, aus welchen, nachdem sie ihre Täuschungsversuche als nutzlos erkannt haben, sehr oft noch ganz tüchtige Soldaten werden, während die militärische Strafe, die den leichtsinnigen und thörichten jungen Menschen trifft, verhältnissmässig hart ist (freilich auch sein muss), und er den sehr grossen Nachtheil hat, dass er seine militärische Laufbahn als bereits „bestraft“ beginnt. Dass ist oft für seine weitere Behandlung und sein weiteres Verhalten entscheidend. Jeder erfahrene Officier wird es bestätigen, dass die Furcht vor der ersten Arreststrafe eins der wirksamsten Disciplinarmittel ist, viel wirksamer, als später die strengsten Bestrafungen, und dass er die erste Arrestbestrafung eines Mannes nur sehr ungern ausspricht.

Ich entsinne mich eines Polen, der als Rekrut Simulation von Epilepsie versucht und bei dem ich einen misslungenen Anfall constatirt hatte. Er wurde ein so guter Soldat, vervollständigte auch seine Kenntnisse des Deutschen so, dass er ein Jahr später dazu benutzt wurde, den neuen polnischen Rekruten die Kriegsartikel zu übersetzen. In seinem Eifer setzte er denjenigen Paragraphen, die mit der Strafandrohung endeten „wird erschossen“, noch regelmässig die Worte hinzu: „und muss liegen auf der Strasse wie ein todter Hund“. Offenbar wirkte das auf die polnischen Gemüther viel eindringlicher, als die blosse Todesdrohung.

Endlich noch einige Worte über die Geduld bei Behandlung der Simulanten, denn meiner Meinung nach kann dieselbe nicht genug empfohlen werden. Zunächst ist es ja klar und bedarf keiner Ausführung, dass ein vorschnelles Urtheil zu einem schweren Unrecht gegen den vermeintlichen Simulanten werden kann. Sodann aber, wie schon bemerkt, giebt es Fälle, wo nur eine lange fortgesetzte Beobachtung zu der sicheren Ueberzeugung führen kann, dass Simulation vorliegt, Fälle, in denen es oft nicht möglich ist,

auch einem Dritten gegenüber den Beweis der Simulation evident zu führen. Es sind dies besonders nervöse Leiden, deren Symptome aus einer früher wirklich überstandenen Krankheit dem Simulanten genau bekannt sind (die bösesten Fälle von allen!), und solche, wo objective Befunde wirklich vorhanden sind, deren Wirkung der Simulant übertreibt, die aber dem Laien und Richter imponiren und bei ihm stets die Befürchtung erwecken werden, dass ihre Bedeutung vom Arzt unterschätzt werden könnte.

Hat man aber keine genügende Aussicht eine Verurtheilung des Simulanten herbeizuführen, so ist es ein grosser Fehler, überhaupt auf eine gerichtliche Behandlung des Falles hinzuwirken.

Da bleibt nichts übrig, als der Hartnäckigkeit des vermeintlichen Kranken eine ebenso grosse Ausdauer im Abwarten entgegenzusetzen, welches letztere dem Arzt ja unter allen Umständen leichter wird, als dem Simulanten. Oft ermüdet dann doch der Letztere und giebt sein Spiel verloren, oft finden sich noch wider Erwarten Momente, durch welche die Täuschung erwiesen werden kann und schlimmsten Falls, wenn der Simulant seinen Zweck wirklich erreicht (was ja trotz aller ärztlichen Gegenbemühungen vorkommt, weil langes Simuliren zu wirklicher ernster Erkrankung führen kann), so wird er wenigstens nicht in der Lage sein, mit seinem Erfolge zu renommiren und andere zur Nachahmung zu verleiten.

Fall 1, der auch sonst sehr interessant ist, bietet ein solches Beispiel eiserner Consequenz eines Simulanten, der trotz erzielter Entlarvung und wiederholter Bestrafung, doch seinen Zweck, die Entlassung aus dem Militärdienst, erreichte. Der Mann hatte bei der Infanterie dreiviertel Jahr gedient, d. h. meist im Lazareth gelegen und war wegen eines alten, adhärenten, immer wieder aufbrechenden Geschwürs am linken Unterschenkel als zeitig unbrauchbar entlassen worden. Ich sah N. zum ersten Mal bei Gelegenheit des Ober-Ersatzgeschäfts, wo er behufs definitiver Entscheidung vorgestellt wurde. Der Mann hatte seine Entlassung wohl für entschieden gehalten und sein Geschwür nicht weiter cultivirt, denn ich fand eine glatte, nicht adhärente, ganz leicht pigmentirte Narbe von 1 cm Durchmesser, welche offenbar sehr lange nicht aufgebrochen war, vorne dicht über dem Sprunggelenk. N. war ein geradezu tadellos gebauter, sehr muskulöser Mann von Mittelgrösse, „ein geborner Füsilier“, wie der General sagte, und da er sich noch im einstellungsfähigen Alter befand, wurde er für das Füsilierregiment designirt. Zufällig machte ich mir aus anderen Gründen Notizen über die Vorgestellten. Als im Herbst die Rekruten eingestellt wurden, erschien N.

mit offenem Geschwür an Stelle der früheren Narbe und wurde in's Lazareth geschickt, wo ich gerade ordinirender Arzt der äusseren Station war. Bei Feststellung der Anamnese fiel mir der Mann auf, ich verglich meine Notizen und erkannte den „geborenen Füsilier", der selbst an seine Bestimmung zum Soldaten aber nicht glauben wollte. Das kleine Geschwür sah recht harmlos aus, aber — es heilte nicht. Nachdem sechs Wochen lang alle sonst erprobten Methoden angewendet worden waren, wurde der Bleiplattenverband (cf. Abschnitt 7, Chronische Hautleiden) angelegt. Unter diesem vernarbte das hartnäckige Geschwür binnen fünf Tagen. Um die Narbe erst recht fest werden zu lassen und vor Insulten zu bewahren, ordnete ich weiter ruhige Bettlage an und fragte N. nur jeden Morgen, ob er die Narbe in Ruhe gelassen habe. Am dritten Tage fanden wir auf der Narbe die Epidermis zu einer runden, prallen, mit Serum gefüllten Blase erhoben, so wie man sie nach Blasenpflastern oder leichten Verbrennungen sieht. Die umgebende Haut war ringförmig geröthet und geschwellt. N. behauptete, die Blase sei spontan entstanden nnd keine Schädlichkeit mit oder ohne sein Wissen an die Narbe gekommen, was ärztlicher Seits natürlich für unmöglich erklärt wurde. Nachdem durch Punction das Serum entleert worden, war am nächsten Tage die entzündliche Schwellung der Umgebung ganz geschwunden (ein Beweis mehr, dass sie nur die Wirkung eines vorübergehenden Reizes gewesen) und bedeckte die zusammengetrocknete Epidermis als gelblicher Schorf die Stelle der Blase. Nach zwei weiteren Tagen befand sich unter diesem Schorf bereits neue Epidermis, in der Mitte jedoch etwas Blutaustritt, wahrscheinlich durch Reiben entstanden. Nach Ablösung des blutigen Schorfes wurde die zurückgebliebene wunde Stelle wie vorher mit der schützenden Bleiplatte verbunden und heilte in wenigen Tagen. Ein ärztliches Gutachten führte aus, dass Blasenbildung auf der Haut nur unter ganz bestimmten Verhältnissen vorkäme, die hier nicht vorlägen, dass also ein acre auf die Narbe gewirkt haben müsse und dies von dem N. nicht hätte unbemerkt bleiben können, dass endlich auch die zweite rasche Heilung, nachdem die Narbe wieder wund geworden, ein Beweis sei, wie in der Narbe selbst keine Neigung zu langwieriger Geschwürsbildung vorhanden, sondern letztere künstlich unterhalten worden sei. Die Sachlage war so klar, dass N. zu mehrwöchentlicher Gefängnissstrafe verurtheilt wurde. Einige Wochen danach fragte mich der Arzt der Gefangenenstation nach N., welcher mit einem Geschwür, das nicht heilen wolle, krank läge und ja wohl vorher schon auf der äusseren Station behandelt worden sei. Ich erzählte ihm die Vorgeschichte des Mannes, rieth ihm die Bleiplatte anzuwenden und nachdem dies geschehen, trat wieder sofort Heilung ein. Letztere war damit definitiv hergestellt, die Narbe ist später nie wieder aufgebrochen. Dagegen fing N. jetzt an, denselben Fuss (er hatte links wie rechts einen wohlgebauten, prächtig gewölbten Fuss) in möglichster Valgusstellung aufzusetzen und zu behaupten, dass er nicht anders könne. Vergebens wurde der Fuss richtig gestellt und durch Verbände fixirt, vergebens wurde N. bestraft, — sobald er nicht durch mechanische Mittel verhindert war, setzte er den Fuss schief auf. Natürlich verträgt kein

Gelenk auf die Dauer eine solche systematische Misshandlung, trotz erfolgloser monatelanger Bemühungen des Truppenarztes entwickelte sich eine chronische Entzündung des Fussgelenks, welche eine dauernde Verdickung der Kapsel und eine Verbildung des Fussgelenks zur Folge hatte. Nachdem N. seit der zweiten Einstellung etwa zwei Jahre beim Militair gewesen, im Ganzen ziemlich drei Jahr, wurde er unter Darlegung der Entstehung seines Zustandes als untauglich (zunächst temporär, wie bei allen Entlassungen von der Truppe) entlassen. Ein seltsamer Zufall wollte, dass ich im Jahre darauf wieder bei der Obersatzcommission fungirte, der er zur definitiven Entscheidung vorgestellt wurde. Nachdem ich das Wort ,,dauernd untauglich" ausgesprochen, fragte ich N., ob es nicht doch klüger gewesen wäre, wenn er von vornherein gutwillig seine Dienstzeit abgeleistet hätte. Der sonst nicht schüchterne Mann blieb mir die Antwort schuldig.

Zuweilen gelingt es mit Hilfe der Behörde, die den Simulanten zu beschäftigen hat, leichter als im Krankenhaus, ihn zur freiwilligen Aufgabe seiner Täuschungsversuche dadurch zu bringen, dass ihm die Nutzlosigkeit derselben ad oculos demonstrirt wird. Namentlich gilt dies für militärische Verhältnisse. Freilich ist es schlimm, wenn eine „schneidige" Behörde erklärt: Entweder der Mann ist krank oder er wird als Simulant bestraft; ein Drittes giebt es nicht. Allerdings giebt es sehr oft noch ein Drittes. Dies Dritte kann heissen: non liquet, oder aber: es ist klar, dass er Simulant ist, jedoch man kann ihn trotzdem nicht bestrafen und darum ist es besser, ihn auf andere Weise vom Simuliren abzubringen.

Am Besten illustrire ich diese Behauptung durch Erzählung einer Heilung, die 1871 einem Commandeur eines detachirten Bataillons, welcher nicht nur Soldat, sondern auch Menschenkenner und Menschenfreund war, gelang. Der Fall (2.) war der, dass ein sehr kräftiger Mann in einem der letzten Gefechte einen Haarseilschuss durch die Haut der Wade von kaum 3 cm Länge erhalten hatte. Die Wunde war ohne Weiteres geheilt, der Mann blieb danach als Invaliditäts-Exspectant im Revier des Ersatzbataillons, nach dessen Auflösung er ganz jämmerlich hinkend zu meiner Begutachtung kam. Er war zweifellos völlig dienstfähig, doch sträubte sich mein Gefühl dagegen, einen Mann, der immerhin vor dem Feinde verwundet worden, als Simulanten bestrafen zu lassen. Vermuthlich hätte auch das Gericht aus demselben Grunde, ihn zu verurtheilen Anstand genommen. Ich bemühte mich daher, ihn durch Vorhaltungen über die Thorheit seines Benehmens und durch Elektricität zu heilen. Es war vergebens, er hinkte zwar weniger, gab auch zu, dass sein Bein recht kräftig und völlig beweglich sei, wollte aber trotzdem nicht so schnell gehen können, wie die übrigen Leute. Eines Tages

erzählte ich in ausserdienstlicher Unterhaltung diesen bösen Fall dem Bataillons-Commandeur. „Schicken Sie ihn mir", sagte er, „ich werde ihn mitnehmen zum Exerciren und ihn hinken lassen, so lang er will und bis es ihm langweilig wird." Gesagt, gethan. Der Mann blieb regelmässig, wenn sich das Bataillon in Bewegung setzte, nach 3 bis 4 Schritten zurück, sobald das Bataillon einige Minuten stand, jagte ihn der Commandeur wieder an seinen Platz. So ging es etwa vierzehn Tage, als der Hinkende es plötzlich praktischer fand, von vornherein an seinem Platze zu bleiben, anstatt immer hinterher zu laufen und das Hinken vollständig aufgab.

Schliesslich sei noch bemerkt, dass man bei jedem Untersuchen mittelst complicirter Apparate mit peinlichster Berücksichtigung der angegebenen Vorsichtsmassregeln verfahren muss und dass man da, wo man Angaben des Exploranden fordert, wie bei Gesichts- und Gehörsstörungen, dann immer am weitesten kommen wird, wenn der Simulant ohne Misstrauen an diese Untersuchungen herangeht. Leider hat, wenn man zu solchen Methoden schreitet, gewöhnlich der Simulant zur Genüge bemerkt, wenn nicht direct gehört, dass man ihm nicht glaubt, und er hütet sich doppelt, Angaben zu machen, welche ihn compromittiren könnten, verweigert wohl auch consequent jede Angabe. Dann steht man da mit seiner vortrefflichen Methode wie in Chamisso's Gedicht der Beraubte mit dem nicht geladenen Kuchenreuter. Ist es daher möglich zu machen, und zwar kann das geschehen, sobald eine Untersuchung durch andere Aerzte stattfindet, so suche man den Simulanten in die Meinung zu versetzen, dass man ihn wirklich für krank hält. Man wird sich unter Umständen damit viel Mühe ersparen. Ferner wenn er sich dann durch irgend eine Aeusserung verräth, so unterdrücke man zunächst jedes triumphirende Lächeln, über das er stutzen würde, und lasse ihn sich weiter compromittiren, bis ein Irrthum über seine Täuschungsversuche vollkommen ausgeschlossen ist.

II. Specieller Theil.

1. Die gewöhnlich simulirten inneren Krankheiten.

Simulationen innerer Krankheiten kommen mit Ausnahme von Nerven- und rheumatischen Leiden, welche in besonderen Capiteln besprochen werden sollen, jetzt nur noch selten vor. Wir werden um so eher über dieselben verhältnissmässig kurz hinweggehen können, als bei ihnen die genaue Untersuchung des einzelnen Falles die Hauptsache ist, und darüber keine Rathschläge gegeben werden können. Früher waren diese Simulationen häufiger, da eines Theils die Diagnostik sich überwiegend auf äussere Symptome stützte, welche nicht völlig der Einwirkung des Exploranden entzogen waren, andererseits auf Grund dieser unsicheren Diagnostik oft dauernde Entscheidungen getroffen wurden und z. B. vielfach der ein Mal krank befundene Wehrpflichtige für immer vom Militärdienst frei blieb. Heutzutage beruhigt sich aber kein Arzt mehr mit der Diagnose von Symptomen, z. B. Fieber, das er in Ermangelung anderer Bezeichnung als katarrhalisch oder rheumatisch abthut, sondern er sucht die Ursache desselben zu ergründen, ehe er weiter über die Bedeutung desselben urtheilt, und die mehr oder weniger vervollkommneten Methoden*) zur Untersuchung der inneren Körperorgane kommen ihm dabei zu Statten, wenn nicht

---

*) Es sei hierbei erwähnt, dass auch ein so zuverlässiges Beobachtungsinstrument wie der Thermometer in der Hand des Simulanten zu Täuschungen benutzt werden kann. Klopft man mit dem Finger wiederholt gegen das obere Ende eines Maximalthermometers, so kann man das Quecksilber beliebig in die Höhe treiben. (Villaret in Deutsche Medicin. Zeitung 1884. Nr. 39 nach Du Castel in der Semaine medicale 1884. Nr. 18.)

schon eine kurze Beobachtung, wie so häufig, die Harmlosigkeit der producirten Krankheitssymptome ergiebt. Sodann hat der Wehrpflichtige jetzt kaum einen Nutzen davon, wenn er eine innere Krankheit vorschützt oder durch entsprechende Mittel hervorruft (z. B. einen fieberhaften Magenkatarrh), denn im günstigsten Fall verzögert er damit seine Einziehung, und sobald er wieder gesund geworden, erreicht ihn sein Schicksal dennoch. Dagegen wird wohl von Leuten, die sich einer Gefängnissstrafe entziehen wollen, auch heute noch der Versuch gemacht, innere Leiden vorzuschützen. Mit blosser Simulation dürften dieselben nicht viel ausrichten, in den meisten Fällen wird es sich dabei um Uebertreibung wirklicher geringerer Beschwerden handeln, und es wird dann immer Sache des Arztes sein, durch genaue Untersuchung den Grad und die Bedeutung des Uebels festzustellen, und die übertriebenen Klagen des Patienten auf ihren wahren Werth zu reduciren.

Ferner simuliren Leute in Strafanstalten, um nicht zu arbeiten und den angenehmeren Aufenthalt im Lazareth für sich zu gewinnen. Auch hier wird die genaue Untersuchung der angegebenen Beschwerden in jedem Einzelfalle den Arzt zum Ziele führen müssen.

Bei älteren Schriftstellern findet man eine grosse Reihe von Mitteln, welche von Simulanten angewendet wurden, um innere Krankheiten vorzutäuschen, oder wirklich (besonders Fieber) hervorzurufen. Man erzeugte Blässe und leidendes Aussehen durch Nachtschwärmen (unter Excessen in Baccho et Venere), durch Trinken von Essig, durch den Genuss verschiedener Nauseosa, Verschlucken von Tabak, oder Einführen von Tabak in das Rectum. Um auf das Gefässsystem zu wirken oder wirkliches Fieber zu erregen, nahm man grössere Dosen von Wein und Branntwein, Canthariden, Phosphor und die ganze Reihe der Narcotica, auch directe Gifte, wie Digitalis und Helleborus.

Die Zahl dieser Mittel ist natürlich unbeschränkt und kann sich bei den Fortschritten der Chemie täglich vermehren. Eine specielle Methode zu ihrer Entdeckung lässt sich daher nicht geben. Die Besonderheiten des einzelnen Falles werden den aufmerksamen Arzt zur genauen Beobachtung veranlassen und dann auch auf seine fernere Handlungsweise bestimmend einwirken. Auffallend werden immer sein:

1. Krankheitssymptome, welche in keines der gewöhnlichen Krankheitsbilder passen,
2. das vollkommene Dunkel der Aetiologie derselben,
3. der unregelmässige Wechsel derselben, da die Wirkung der angewandten Krankheitserreger sich natürlich von selbst abschwächt und immer aufs Neue hervorgerufen werden muss, wenn nicht Genesung eintreten soll. Dies letztere Merkmal kann fehlen, wenn die Simulanten mit rücksichtsloser Energie gegen ihre Gesundheit wüthen.
4. Einen Anhalt bietet in verdächtigen Fällen endlich zuweilen eine unvermuthete und genaue Revision der Effecten und des ganzen Körpers des Kranken. Die Verstecke derselben sind oft wunderbar, so berichtet Derblich über einen Fall, in welchem spanische Fliegen unter den Nägeln der grossen Zehen gefunden wurden.

Das Aergste in Misshandlung des eigenen Körpers sowohl durch lange fortgesetzte Vergiftungen (mit allen möglichen Mitteln, besonders auch Quecksilber), als durch künstlich herbeigeführte Abmagerung (consequenter Hunger) bis zur Herbeiführung dauernden Siechthums scheint früher in den Ländern mit sehr langer militärischer Dienstzeit geleistet worden zu sein. Es ist da auch erklärlich, dass mancher, um einer vieljährigen Dienstzeit als gemeiner Soldat unter der Rohheit nächster wie näherer Vorgesetzten zu entgehen, sich ernstlichen körperlichen Leiden unterzog, von denen er — zuweilen irrthümlich — hoffte, sie würden später wieder vorübergehen.

v. Fillenbaum (Allgem. Wien. med. Zeitung 16. 17) berichtet noch im Jahre 1883 über seine Beobachtungen bei galizischen Wehrpflichtigen, dass junge Leute israelitischer Confession viele Nächte lang in den Bethäusern gemeinsam singen und beten, um sich gegenseitig vom Schlaf abzuhalten. Daneben nähmen sie Abführmittel, namentlich Morrison'sche Pillen, um bei der Aushebung möglichst reducirt zu erscheinen. Später im Militär-Lazareth verweigerten sie die Kost zu essen, angeblich weil sie nicht rituell zubereitet sei, in Wirklichkeit um körperlich elend zu bleiben.

Bei unseren Soldaten sowie bei Gefangenen und in Anstalten kommt wohl selten eine so hartnäckige Anwendung schädlicher Mittel vor, dass die Gesundheit dadurch ernstlich gefährdet wird.

Einzelne derartige Fälle, wo gewissenlose Helfershelfer, die ja nicht die eigene Haut zu Markte tragen, von der Täuschung zu profitiren suchten, sind jedoch in neuester Zeit auch beim Militär beobachtet worden. Der nachstehende Fall von chronischer Digitalisvergiftung bei einem Rekruten endete tödtlich.

3. Köhnhorn erzählt in Nr. 9 der deutschen militär-ärztlichen Zeitschrift 1875: Ein 22 Jahre alter Rekrut, G. v. K., meldete sich schon am vierten Tage nach seiner Einberufung krank, wurde zunächst einige Tage im Revier behandelt und dann am 18. December v. J. in das Garnison-Lazareth aufgenommen. Seine Klagen entsprachen den Symptomen eines Magen- und Darmkatarrhs. Vollständige Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Aufstossen, zeitweiliges Erbrechen, Stuhlverstopfung, grosse Schmerzhaftigkeit der Magengegend, Kopfschmerz, Schwindel bildeten den Gegenstand seiner Klagen.

Bei der objectiven Untersuchung fiel vor Allem das elende Aussehen auf; die stark belegte Zunge, sowie der starke fötide Geruch aus dem Munde lieferten den Beweis, dass die vorgebrachten Klagen nicht unbegründet seien, obwohl die Schmerzesäusserungen bei Palpation der Magengegend den Eindruck der Uebertreibung machten. Anderweitige objective Krankheitserscheinungen wurden nicht aufgefunden; Fieber war nicht vorhanden, da die Körpertemperatur bei wiederholten Messungen 36,9 und 37° C. betrug und der Puls sogar sehr langsam war (56 Schläge in der Minute). Dieser Zustand änderte sich nicht wesentlich bei zweckmässiger Diät und bei der Anwendung von passenden Arzneimitteln; der Puls ging sogar nach drei Tagen (21. December) auf 52 Schläge herunter. Um Stuhlgang zu bewirken, mussten stets Mittel angewendet werden.

Am 23. December gab Patient an, Erbrechen gehabt zu haben, was am 26. wiederkehrte und nach der Beobachtung eines anderen Kranken aus grünlich schleimigen Massen bestanden hatte. Es war nunmehr dem Kranken ein Gefäss hingestellt worden, worin die erbrochenen Massen behufs Untersuchung aufbewahrt werden sollten. Doch ist dieses Gefäss niemals zu diesem Zwecke benutzt worden, angeblich weil Erbrechen nicht wieder eingetreten ist. Gegen Ende December traf eine Mittheilung ein von dem Bezirkscommando des Bezirks, aus welchem Patient ausgehoben war, wonach dieser und noch ein anderer Rekrut von einem „Freimacher" Mittel erhalten haben sollten, um sich durch künstlich erzeugte Krankheiten vom Militärdienste frei zu machen. Obwohl derartige Mittheilungen nicht selten ihren Grund in der verleumderischen Erfindung eines schlechten Nachbars oder der boshaften Lüge eines rachsüchtigen Feindes haben und sich dann später als vollständig unbegründet erweisen, so musste im vorliegenden Falle dadurch umsomehr ein Verdacht geweckt werden, als die Krankheit und ihr Verlauf viel Unklares und Räthselhaftes bot. Was war der Grund, dass der junge, früher stets gesunde Mensch, bei welchem objectiv nur ein Magen- und Darmkatarrh nachweisbar, bei zweck-

mässiger diätetischer und arzneilicher Behandlung sich durchaus nicht besserte? Doch führte auch jene Mittheilung keineswegs zur Aufklärung des dunklen Falles. Eine in Folge derselben wiederholte genaue Untersuchung constatirte nur aufs Neue, dass ausser den erwähnten Erscheinungen des Magen- und Darmkatarrhs in keinem Organe etwas Krankhaftes objectiv nachweisbar sei.

Mittlerweile hatte aber die Körperkraft mehr und mehr abgenommen und war das Ansehen noch weit krankhafter und elender, als bei der Aufnahme in das Lazareth, so dass der in Folge dieser Untersuchung am 1. Januar d. J. aufgenommene status praesens folgende bemerkenswerthe Aufzeichnungen enthält. Die Hautfarbe ist fahl, aschgrau, pergamentartig, Anämie der Lippen, der Conjunctiva und des Zahnfleisches. Zunge feucht und grauweiss belegt, starker foetor ex ore; keinerlei Motilitätsstörungen, Sensorium völlig frei; Pupillen gleich gross und reactionsfähig. Temperatur 36,6° C. Puls 52. So blieb auch ferner der Zustand, und auch die Klagen des Patienten blieben wesentlich dieselben, nur wurden dieselben noch um einige vermehrt, indem angeblich der Kopfschmerz nicht nur schlimmer geworden war und der Schwindel sich vermehrt hatte, sondern auch Ohrensausen und Dunkelsehen aufgetreten war. Später wurde auch wiederholter Singultus an dem Patienten beobachtet. Am 9. Januar schien eine Anschwellung am Halse eingetreten zu sein und klagte der Kranke über Schmerzen und Beschwerden beim Schlucken. Als er behufs Untersuchung aufstand und an's Fenster trat, wurde er von einer Ohnmacht befallen, welche jedoch nach einigen Minuten, nachdem er auf einen Stuhl gesetzt und mit kaltem Wasser bespritzt worden war, nachliess. In der ersten Nachmittagsstunde dieses Tages wollte er zur Latrine gehen; ein Lazarethgehülfe half ihn ankleiden und unterstützte ihn beim Aufstehen. Kaum hatte er sich aus dem Bette erhoben, als er zurücksank, Zuckungen bekam, die Augen verdrehte und in wenigen Minuten vom Tode ereilt war.

Der plötzliche, unerklärliche Todesfall musste den angeregten Verdacht noch steigern und gab deshalb Veranlassung zur gerichtlichen Obduction der Leiche. Eine Todesursache wurde bei der Obduction nicht aufgefunden. Alle Körperorgane zeigten sich im Zustande vollkommener Gesundheit und konnten nur wenige Punkte angeführt werden, die eine Abweichung von gesunder Beschaffenheit darboten, ohne jedoch eine genügende Todesursache zu bilden. Das Blut war nirgends geronnen, sondern flüssig, dunkelkirschroth; die rechte Herzhöhle war gefüllt, während die linke Herzhöhle kein Blut enthielt. Das Gehirn zeigte Anämie, da die Blutpunkte auf dem Durchschnitte des Gehirns wenig zahlreich waren und auch die Sinus die gewöhnliche Quantität Blut nicht enthielten. Die Schleimhaut des Magens und des oberen Theils des Darms war an einzelnen Stellen (inselförmig) sehr blutreich, indem sich hier ein Netz von Capillargefässen bemerkbar machte; an einigen der erwähnten Stellen waren die neu gebildeten und erweiterten Capillaren durch den Blutdruck zerrissen und hatten zu Ecchymosenbildung in der Schleimhaut geführt.

Der Sectionsbefund machte die Vermuthung, dass eine Vergiftung vorliege, wahrscheinlich; diese Wahrscheinlichkeit wurde dadurch gesteigert, dass vor der Section beim Durchsuchen der Kleidungsstücke des Verstorbenen in einem Strumpfe ein Beutelchen mit 13 Pillen gefunden wurde.

Was dieser Wahrscheinlichkeit noch an Gewissheit fehlte, wurde sehr bald durch die gerichtliche Untersuchung ergänzt.

Der Verstorbene hatte schon lange Zeit vor seiner Einstellung erklärt, er werde sich schon vom Militärdienste frei zu machen wissen. Kurz vor seiner Einstellung aber hatte er bei vertrauten Personen, die ihn wegen seines schlechten Aussehens befragten, eingestanden: er gebrauche Mittel, um krank zu sein und zu scheinen, damit er vom Militärdienste entlassen werde. Ueberdies legte der andere Rekrut, welcher in dem nämlichen Verdachte stand und nach dem Tode des G. v. K. in Haft genommen war, alsbald ein offenes Geständniss ab, welches dahin lautete, dass er eben solche Pillen wie der Verstorbene, und zwar in derselben Absicht, jedoch bei der heftigen Wirkung dieselben nicht regelmässig genommen habe; nach der Nachricht von dem Tode seines Landsmannes habe er die noch übrigen Pillen aus Furcht und Schrecken fortgeworfen.

Dieser Rekrut war nicht in ärztlicher Behandlung, da er bei seinem geringen Brustumfange gleich bei seinem Eintritte für dienstuntauglich erklärt war und also zu keinem Dienste herangezogen wurde. Gleichwohl hatte er, wie es scheint aus Vorsicht, die Pillen, wenn auch in Zwischenräumen, weiter genommen.

Die Symptome, welche er angab, stimmten vollständig überein mit den Klagen des Verstorbenen: Appetitlosigkeit, Ekel vor fetten Speisen, Brechneigung und Erbrechen, Stuhlgang nur alle 3—4 Tage, Ohrensausen, Schwindel; nach achttägigem Gebrauche der Pillen sei das Sehvermögen derartig gestört gewesen, dass er auf 50 Schritt seinen besten Freund nicht habe erkennen können, weil es wie ein dichter Nebel vor seinen Augen gewesen sei.

Nach Erwägung aller dieser Thatsachen konnte es keinem Zweifel mehr unterliegen, dass wir es in vorliegendem Falle mit einem Vergiftungstode zu thun hatten, welcher verursacht war durch zu grosse Gaben oder zu anhaltenden Gebrauch eines Mittels, welches eine Krankheit hervorrufen und dadurch die Befreiung vom Militärdienste bewirken sollte.

Die genaue Prüfung der Krankheitssymptome und des Sectionsbefundes hatte bei den behandelnden und obducirenden Aerzten schon zu dem Resultate geführt, dass höchst wahrscheinlich eine Digitalisvergiftung vorliege. In der That wies Professor Dr. Sonnenschein auf mikroskopischem, chemischem und physiologischem Wege nach, dass die im Strumpfe aufgefundenen Pillen hauptsächlich aus gepulverten Blättern der Digitalis purpurea bestanden und dass ein anderer giftiger Stoff, namentlich Pikrotoxin und Colchicin, in denselben nicht zu finden sei. Auf gleiche Weise, mikroskopisch, chemisch und physiologisch, hat er denselben Bestandtheil im Inhalt des Magens und Dünndarms nach-

gewiesen. Auch bei der chemischen Prüfung des Magens selbst, sowie eines Stückes der Speiseröhre und des Zwölffingerdarmes und eines Theiles der Leber, welche Objecte vereinigt waren, wurde durch chemische Reaction Digitalin festgestellt.

Köhnhorn erörtert a. a. O. noch ausführlich die Symptome der Digitalisvergiftung, welche insofern von Interesse sind, als andere Beobachtungen von Digitaliswirkung fast ausnahmsweise an Kranken gesammelt sind und macht zum Schluss darauf aufmerksam, dass man in den erbrochenen grünlichen Massen nicht nur Chlorophyll, sondern namentlich die für die Digitalis charakteristischen Pflanzenhärchen, die man durch Vergleichung mit pulv. fol. Digitalis aus der Apotheke als der Digitalis eigenthümlich erkennen kann, auffinden wird.

Fall 4. Eine seltsame Art von Simulation inneren Leidens versuchte ein Rekrut, welcher, sobald er zum Dienst gehen sollte, über heftige Schmerzen in der Herzgrube und im Unterleib unter erbärmlichem Stöhnen klagte. Objectiv erkennbare Symptome fehlten ganz. Er erhielt Schonung, aber auch tagelange Ruhe besserte seinen Zustand nicht. Die immer wiederholte Untersuchung war stets resultatlos. Vom Arzt zum Dienst geschickt ging er auch zum Excercirplatz, dort angekommen warf er sich sofort, ohne nur einen Versuch zum Excerciren zu machen, zur Erde und musste von zwei Leuten nach Hause geführt werden. Er war ein kräftiger, gut genährter Mann, dessen schwielige Hände bewiesen, dass er bis dahin tüchtig gearbeitet hatte, die Magengegend war nicht aufgetrieben, der Unterleib weich. Eine alte grosse flache Brandnarbe der äussern Haut am Abdomen hielt er wahrscheinlich für einen genügenden Grund, seine Angaben glaubhaft erscheinen zu lassen. Das ärztliche Gutachten führte aus, dass diese Schmerzen in solcher Heftigkeit und so langer Zeit (2 Monat) nicht wohl bestehen könnten, ohne jemals auch äusserlich erkennbare Symptome zu bedingen. N. wurde bestraft und gab danach die Simulation auf. (Eigene Beobachtung.)

Ehe wir einige der häufigsten Klagen über angebliche innere Leiden noch speciell anführen, ist hier vielleicht die passendste Stelle darauf hinzuweisen, wie Militärpflichtige oft lange Zeit vor dem Termin ihrer Aushebung mit Klagen über körperliche Leiden sich an ihren Hausarzt wenden. Letzterer, der ja keine Ursache hat, einem Hilfesuchenden zu misstrauen, bekämpft die angeblichen Beschwerden so gut er kann, wenn er auch nichts objectives bei der Untersuchung findet, und schliesslich nach Monaten ist es ihm oft unmöglich ein Attest darüber zu verweigern, dass er den Betreffenden an dem oder jenem Uebel früher behandelt habe. Solche Atteste sind daher immer mit Vorsicht aufzunehmen.

So heilte ich einst einen Soldaten von angeblichen Beschwerden in der Lebergegend durch entsprechende Diät und künstliches Carlsbadersalz in nicht zu langer Zeit. Derselbe hatte über schon früher über-

standene Leberleiden ein Attest seines Hausarztes producirt. Dieser Arzt, dessen Gewissenhaftigkeit übrigens über jeden Zweifel erhaben war, beklagte sich einst gesprächsweise bei mir, dass die Militärärzte civilärztliche Atteste zuweilen mit geradezu verletzender Nichtachtung behandelten. Als ich ihn an das attestirte Leberleiden erinnerte, beruhigte er sich vollständig.

Brustschwäche, Brustschmerzen.

Klagen über Brustschwäche und Brustschmerzen werden oft in der leichtfertigsten Weise vorgebracht, aber meist ebenso leicht wieder aufgegeben. Bei jeder Rekruteneinstellung finden sich Leute, die solche Beschwerden vorbringen, häufig genügt eine spöttische Bemerkung und das Lachen ihrer Kameraden sie zur Aufgabe ihrer Behauptungen zu bewegen. Es ist selbstverständlich, dass bei hartnäckigerem Festhalten der Klagen nur die Untersuchung der Brust massgebend sein kann. Indessen ist es vielleicht nicht überflüssig, darauf hinzuweisen, dass man auch bei Mangel objectiver Symptome mit apodiktischen Behauptungen vorsichtig sein muss, wenn Erblichkeit, früherer Bluthusten oder sonstige verdächtige Verhältnisse in Betracht kommen. Zuweilen findet man bei einer zweiten Untersuchung doch noch eine zuvor nicht bemerkte lokale Pleuresie, und wie gering oft die ersten physikalischen Symptome beginnender Pneumonie sind, ist ja bekannt.

Bluthusten durch Saugen am Zahnfleisch wie durch Verschlucken von Thierblut wird von thörichten Leuten auch heute noch öfter vorzutäuschen versucht. Das Rothfärben des Speichels durch Bolus, welches früher häufiger gewesen zu sein scheint, habe ich nie beobachtet. Es genügt diese Versuche zu erwähnen, ein nur irgend aufmerksamer Arzt wird durch dieselben niemals getäuscht werden. Gewöhnlich geben die Simulanten, sobald sie sehen, dass ihre Manipulationen erkannt werden, dieselben ohne weiteres auf, eventuell wird man über diese Versuche einfach zur Tagesordnung übergehen.

Herzleiden.

Auf die Herzthätigkeit hat man, wie schon oben bemerkt, durch scharfe Pflanzengifte einzuwirken versucht. Diese Mittel werden noch andere Symptome hervorrufen, und bei längerer Be-

obachtung wird ihre Wirkung verschwinden. Herzpalpationen, welche überhaupt bei einzelnen Menschen sich leichter, als bei andern Leuten einstellen, werden zuweilen durch heftige Bewegungen oder angestrengte Respirationen kurz vor der Untersuchung hervorgerufen. In letzterem Falle genügt die Anordnung, ruhig eine Weile zu sitzen, um die zunächst sehr stürmische Herzaction zur Norm zurückzubringen.

In früheren Zeiten hat man geglaubt, dass es einzelnen Menschen gelänge, auch die unwillkürlich thätigen Muskeln, wie das Herz, vom Willen abhängig zu machen und in Ruhe zu stellen. Heutzutage wird man nicht die Unterdrückung des Radialpulses, welche hauptsächlich in diesem Sinne imponirte, als etwas auffälliges erachten.

Im Allgemeinen dürften Simulationen von Herzkranken selten sein. Vereinzelte dreiste Gesellen finden sich unter Rekruten aber doch, die im Vertrauen auf die Schwierigkeit der Diagnostik der Herzkrankheiten behaupten (was sie ja ohne Gefahr können), mit ihrem Herzen sei es nicht in der Ordnung. Zu empfehlen ist da nichts, als genaue wiederholte Untersuchung, ohne die Ausbildung zu stören. Der Mann, der bis dahin umher gelaufen, wird selbst wenn ein Herzleiden vorhanden wäre, am Excerciren zu Fuss nicht zu Grunde gehen.

Unterleibsbeschwerden, Magen- und Darmleiden.

Unterleibsbeschwerden werden sehr häufig simulirt, um sich vorübergehenden Unannehmlichkeiten zu entziehen. Besonders den Gerichtsärzten kommen Leute, die eine Gefängnissstrafe nicht ertragen zu können behaupten, oft mit Klagen über derartige Beschwerden. Jeder hat gelegentlich an solchen gelitten und kennt die Symptome, besonders die des einfachen Magenkatarrhs, den herbeizuführen ja auch viele Laien eine grosse Uebung besitzen. Zuweilen werden auch stärkere Effecte erstrebt durch Erbrechen von Blut, das vorher verschluckt worden ist. Vor allem aber, wie viele ältere Leute haben nicht Hämorrhoiden — dies Leiden, welchem vom Publikum alle möglichen Uebel zugeschrieben werden und welches auch manchem praktischen Arzt als bequeme Verlegenheits-Diagnose dient, mit der die Leute stets zufrieden sind. Daher schliessen

denn die Klagen über die schrecklichen Unterleibsleiden: „es ist ja auch kein Wunder, Herr Doctor, ich leide nämlich seit — Jahren an Hämorrhoiden, Sie können sich davon überzeugen“. In diesen und ähnlichen Fällen wird der Arzt vor allem auf den Ernährungszustand Rücksicht zu nehmen haben, weniger auf die Gesichtsfarbe. Denn wie die Militärpflichtigen sich durch Verschwärmen einer Nacht ein leidendes Aussehen geben, so kann sich der Arrestant durch geeignete Mittel (starke Cigarren) auf die bevorstehende Untersuchung präpariren. Mit einer Untersuchung wird man sich daher gegebenen Falls nicht begnügen dürfen. Im Allgemeinen sei man nicht zu weichherzig und wenn der Ernährungszustand ein günstiger ist, möge man getrost annehmen, dass nur eine subjective Ueberschätzung des Leidens, wie sie grade bei Unterleibsbeschwerden so gewöhnlich ist, vorliegt.

Die preussischen Bestimmungen unterstützen den Arzt in dieser Hinsicht, da sie ein Attest verlangen (Ministerial-Verfügung vom 20. Januar 1853), dass der Medicinalbeamte nach gewissenhafter Untersuchung sich für überzeugt hält, dass von der Haftvollstreckung eine nahe, bedeutende, und nicht wieder gut zu machende Gefahr für Leben und Gesundheit des zur Haft zu Bringenden zu besorgen ist.

Das sind Erklärungen, die man nur dann wird abgeben können, wenn an objectiven Erscheinungen erheblich mehr als eine belegte Zunge oder einige Hämorrhoidalknoten nachzuweisen sind.

Als Curiosum sei hier erwähnt, dass Schmetzer (Ueber die wegen Befreiung vom Militärdienst vorgeschützten Krankheiten, Tübingen 1829) berichtet, wie Leute gefärbte Ratten- und Fischbläschen, welche an einem elastischen Stabe, der im Rectum steckte, befestigt waren, dazu benutzten, um Hämorrhoidalknoten vorzutäuschen.

Als Mittel zur Befreiung vom Militärdienst bieten Unterleibsleiden keine Aussichten, da gerade von ihnen gilt, was oben von den inneren Krankheiten im Allgemeinen gesagt wurde, dass gründliche Untersuchung und längere Beobachtung ihre Simulation zwecklos machen, zumal die Behandlung die Unannehmlichkeit schmaler Kost für den Simulanten mit sich bringt.

Dagegen werden, um ein oder einige Tage Revier zu erhalten, öfter solche Leiden — besonders einfacher Magenkatarrh und ein-

fache Diarrhoe — in militärischen Verhältnissen vorgeschützt. Kommen Leute wiederholt mit solchen Klagen, so genügen im ersteren Fall Verordnen (unter Umständen sofortiges Eingeben) eines Emetikum, im andern Controle der Zeit und der Consistenz des nächsten Stuhlgangs, meistens, diese Leute von ferneren Versuchen abzuschrecken. Unter Umständen wird man seine Aufmerksamkeit auf Darm und Mageninhalt richten und besonders etwaige erbrochene Massen chemisch und mikroskopisch untersuchen müssen.

So wurde in einem Falle chronischen Erbrechens in der Garnison Posen Emetin in dem Erbrochenen nachgewiesen. Cf. auch Fall 3.

5. Bleiben Leute hartnäckig bei scheinbar unbegründeten Klagen, so sei man vorsichtig und untersuche möglichst gründlich. Dazu mahnt der folgende, gewiss äusserst seltene, aber darum lehrreiche Fall. Ein 23jähriger Soldat, von Beruf Schreiber, meldete sich öfter im Revier wegen schmerzhafter Hämorrhoiden, welche angeblich auch öfter bluten sollten. Am Anus des jungen Mannes sah man einen blaurothen Varix von der Grösse eines Kirschkerns. Der Revierarzt, nachdem er ihm bald Schonung gegeben, bald ihn abgewiesen hatte, stellte ihn schliesslich dem Oberarzt vor, der ebenfalls die Klagen für übertrieben erklärte, um so eher, als Hämorrhoiden in der betreffenden Gegend nicht selten sind. Schliesslich fand man aber doch, als man mit den Finger in das Rectum einging — ein sehr ausgedehntes Carcinom, an dem der Mann nach nicht langer Zeit verstarb. (Eigene Beobachtung.)

Kehlkopfleiden, Aphonie.

Eine bekannte Art der Simulation ist willkürliche Aphonie, Sprechen ohne genügende Anspannung der Stimmbänder, welche ja vom Willen des Sprechenden abhängt. Sie wird gewöhnlich von Leuten versucht, die früher vorübergehend an wirklicher Aphonie gelitten haben. Ebenso bekannt ist als Mittel der Entlarvung, dass man durch Reizmittel auf reflectorischem Wege Husten hervorruft. Entsteht dabei klingender Husten, so ist die Simulation erwiesen. Negatives Resultat der Kehlkopfsinspection durch den Spiegel und Mangel ätiologischer Momente bei gleichmässiger Schlaffheit beider Stimmbänder (einseitige Lähmung lässt sich nicht simuliren) werden immerhin den Verdacht der Simulation hervorrufen, obwohl auch einfache Atonie der Muskulatur vorkommen kann. Da für letztere Adstrigentien indicirt sind, so wird eine Reflexerregung durch Argent. nitr. (in Pulver oder in Lösung an die Stimmritze gebracht) keinen

Schaden thun können. Der entstehende Husten wird dann den Simulanten verrathen.

Sidlo räth, zunächst von dem verdächtigen Kranken einzelne Intonationen nachahmen zu lassen, und hat gefunden, dass sich ein Theil derselben verleiten liess, sehr gut zu intoniren. Man erspart sich in solchem Falle alle weitere Mühe. Natürlich wird man mit einem tonlosen E anfangen müssen und allmählich die Ansprüche steigern. Bemüht sich ein Mensch erst nachzuahmen, so verliert er dabei leicht aus den Augen, wie weit er bei der behaupteten Stimmlosigkeit gehen darf. Sidlo empfiehlt ferner zur Hervorrufung des Hustenreizes die Stimmbänder mit der Kehlkopfsonde zu berühren, was niemals schädliche Folgen haben könne, wie etwa wiederholtes Einathmen scharfer Medicamente. Findet sich dabei klingender Husten und giebt der Simulant sein Benehmen nicht auf, so solle man ihm dies durch lokale electrische Behandlung verleiden.

Eine andere Behandlungsweise, die auch bei Simulation von Rheumatismus und sogenannten Erkältungskrankheiten ganz vortrefflich wirkt, ist die methodische Schwitzcur durch Pilocarpininjectionen (hypodermatische). Demjenigen, den nicht eine wirkliche Krankheit drückt, wird der durch Pilocarpin bewirkte Zustand, besonders die profuse Speichelsecretion bald so widerwärtig und unausstehlich, dass er die Simulation lieber aufgiebt.

Fall 6. Eine Simulation völliger Sprachlosigkeit durch Lähmung der Kehlkopfsnerven nach Schussverletzung im Kriege 1870/71 wurde wahrscheinlich dadurch herbeigeführt, dass der Verwundete längere Zeit wirklich nicht sprechen konnte. Er wurde wegen Verlust der Sprache invalidisirt und bezog eine verhältnissmässig hohe Pension. Mehrere Jahre nachher zog er nach Dietrichswalde (Provinz Preussen), welches eben durch eine wunderthätige Mutter-Gottes-Erscheinung berühmt geworden war und — gewann daselbst die Sprache wieder. Leider erwies sich das Wunder nicht als echt, da durch Zeugen festgestellt wurde, dass der Stumme schon vorher gesprochen hatte. Es ist auch nicht anzunehmen, dass dabei von anderer Seite ein Wunder in Scene gesetzt wurde, sondern viel wahrscheinlicher, dass der Mann des Schweigens müde eine günstige Gelegenheit gefunden zu haben glaubte, dasselbe aufzugeben. Der fortgesetzte Nichtgebrauch der Sprache dürfte eine der ärgsten Anforderungen an die Energie eines Menschen sein. (Dass die Trappisten überhaupt nicht sprechen, ist bekanntlich eine Fabel.)

(Ueber Blasenleiden siehe Abschnitt 5.)

2. Von Erkrankungen der Centralorgane des Nervensystems

werden fast nur Epilepsie und Geistesstörungen zur Simulation gewählt. Andere Leiden werden kaum simulirt und dann meist in so thörichter Weise, dass die Erkenntniss der beabsichtigten Täuschung nicht schwer ist.

7. Ein Rekrut behauptete, am ganzen Körper so gelähmt zu sein, dass er kaum gehen könne. Auf seine Füsse gestellt und zum Gehen aufgefordert, bewegte er sich ganz langsam, die Füsse nur immer einige Centimeter vorschiebend, ohne sie vom Fussboden zu heben. Fasste man ihn am Arm, um ihn zu rascherer Bewegung nach vorn zu ziehen, so stürzte er zur Erde, merkwürdiger Weise aber nicht nach vorn, sondern nach hinten. Jegliches objective Krankheitssymptom fehlte, dagegen zeigte sich eine angebliche Empfindlichkeit auf Druck fast überall, wo man danach fragte, namentlich auch an der Rückenwirbelsäule. Unter diesen Umständen erschien die Application zweier Eisblasen (im November) auf die Rückenwirbelsäule vollkommen gerechtfertigt. Nach einigen Stunden bereits erklärte Patient, dass seine Parese gehoben sei und that er vom nächsten Tage unbehindert seinen Dienst. (Eigene Beobachtung.)

Sobald der Täuschungsversuch weniger offen zu Tage liegt, wie in dem vorstehenden Fall, wird man bei Innervationsstörungen im Bereich des ganzen oder eines grösseren Theils des Körpers mit der Vermuthung der Simulation vorsichtig sein müssen, da letztere gewöhnlich nur im Bereich einzelner Körpertheile versucht wird.

8. Ein Kranker (älterer Unterofficier) war mit ziemlich vagen Klagen über Abgeschlagenheit, Schwäche der Extremitäten und Darmbeschwerden ins Lazareth gekommen. Der sehr deprimirte, fast melancholische Patient behauptete schliesslich den linken Arm gar nicht mehr bewegen und den Urin nicht entleeren zu können. Ein junger College machte die Beobachtung, dass wenn die Katheterisation (welche übrigens keine Schwierigkeiten bot) trotz der dringenden Bitten des Patienten nicht ausgeführt wurde, letzterer sich endlich zum Uriniren entschloss, und kam auf den Verdacht, dass überhaupt nur Simulation vorläge. Um den Mann vollends zu entlarven, besuchte er ihn bei Nacht und veranlasste durch Nadelstiche den schlafenden oder eben erwachenden Patienten, den angeblich gelähmten Arm zu bewegen und den Stichen zu entziehen. Er war zunächst sehr stolz auf diesen durch seine Schlauheit erbrachten Erweis der Simulation, während der ordinirende Arzt glücklicher Weise nicht an Simulation glaubte. In Wirklichkeit bestand

freilich keine vollständige Lähmung, sondern nur Parese der Armmuskeln und des Detrusor urinae und der verstimmte Kranke, der sich nicht mehr völlig Herr seiner Muskeln fühlte, glaubte, sie gar nicht bewegen zu können. (Aehnliches findet man bei Hysterischen.) Die paretischen Erscheinungen des Körpers wie des Geistes nahmen zu, schliesslich lag der Patient ganz apathisch mit geöffnetem Munde, aus dem der Speichel floss. Die Obduction ergab einen grösseren Erweichungsheerd in der Pons cerebri.

Es ist hier auch an eine ziemlich seltene, aber ganz sicher constatirte Krankheit zu erinnern, ohne deren Kenntniss der Verdacht der Simulation sehr leicht im gegebenen Falle entstehen kann. Dieselbe (als Muskelsteifigkeit oder tonische Krämpfe der willkürlich beweglichen Muskeln bezeichnet, von Westphal Thomsen'sche*) Krankheit genannt) besteht in der Unfähigkeit, intendirte Bewegungen sofort nach vorheriger Ruhe und mit der Schnelligkeit, wie sie dem Gesunden möglich ist, auszuführen. Wollen die Kranken gehen, so gelingen ihnen nach einigen ganz erfolglosen Anstrengungen zunächst nur ungeschickte und unsichere Bewegungen, bei denen sie unter Umständen sogar hinstürzen, welche aber bei fortgesetztem Gehen allmählich weniger unbeholfen werden, um sich dann nach einiger Zeit von der Gangart eines Gesunden nicht zu unterscheiden. Stehen sie auch nur einige Minuten still, so beginnen die Schwierigkeiten von Neuem. Dieselbe Schwerfälligkeit und anfängliche Steifigkeit zeigen die Rewegungen der Arme. Bei genauer Beobachtung ergiebt sich, dass das Bewegungshinderniss nicht auf Schwäche oder Lähmung, sondern auf abnorm starker, krampfhafter und nur langsam nachlassender Contraction der Muskeln beruht. Die Affection kann in verschiedenem Grade in allen willkürlichen Muskeln bestehen, die Sprache ist gewöhnlich unbehindert, ebenso die Bewegungen der Finger. Die Musculatur ist dabei gut oder sogar auffällig stark entwickelt, die galvanische Erregbarkeit derselben normal oder wenig verringert, während der durch galvanischen Reiz erzeugte Tetanus nach Entfernung der Elektroden ebenfalls noch eine Zeit lang (5 Secunden und länger) fortbesteht. Auch mechanische Reizung der Muskeln durch leichtes Klopfen mit einem stumpfen harten Gegenstand ruft tetanische Contractionen hervor,

*) Dr. Thomsen berichtet zuerst im Arch. f. Psych. über diese in seiner Familie vielfach vorgekommene Krankheit.

die sich langsam lösen. Die Aesthesie ist stets normal, zuweilen kommen Formicationen vor. Kälte befördert das Phänomen.

Das Leiden ist unheilbar, ziemlich ausnahmslos angeboren und kommt in einzelnen Familien erblich vor, ohne jedoch sämmtliche Familienmitglieder zu befallen. Die Kranken (häufig sonst ganz gesunde, blühende Menschen) pflegen sich ihres Uebels zu schämen und suchen es zu verbergen, doch kann von letzterem Bemühen natürlich nur bei den geringeren Graden der Affection die Rede sein.

Ausführlicheres findet man bei Erb: Die Thomsen'sche Krankheit (Myotonia congenita) 1886.

Eine andere Krankheit, welche häufig zum Verdacht der Simulation führen muss, und (besonders bei Gutachten für die Unfallversicherung) geführt hat, ist das von Strümpell als traumatische Neurose, von den Engländern als „railway spine“, von Anderen als traumatische Neurasthenie oder traumatische Hysterie bezeichnete Leiden: vielfach allgemeine und lokale nervöse Erscheinungen neurasthenischer oder hysterischer Art, welche in Folge eines an sich nicht erheblichen aber mit Schreck verbundenen Traumas, also ohne gröbere materielle Verletzungen irgend welcher Theile des Nervensystems auftreten. Bei dem Ueberwiegen der subjectiven Symptome wird die Beurtheilung bei etwaiger Simulation für den begutachtenden Arzt in vielen Fällen eine recht schwierige sein.

Strümpell (der im 3. Heft der Berliner Klinik 1888 eine ausführliche Darstellung des Leidens gebracht hat) unterscheidet eine allgemeine und eine örtliche traumatische Neurose.

Die allgemeine traumatische Neurose soll eine Reihe constanter Symptome zeigen, nämlich:

1. Eine melancholische und dabei meist hypchondrische Verstimmung, verbunden mit Willensschwäche, Unlust zu jeder Thätigkeit, Angstzustände, Schlaflosigkeit und zuweilen Gedächtnissschwäche. Alles dies wird mit Sicherheit nur in einer Anstalt festgestellt werden können, da die Angaben des Kranken selbst sowie der interessirten nächsten Umgebung gewöhnlich nur mit Vorsicht aufzunehmen sind. Auch ist das, was an absoluter Unthätigkeit von einzelnen gesunden Menschen geleistet werden kann, zuweilen erstaunlich viel.

2. Störungen in den sensoriellen Functionen, besonders sensorielle Anästhesien. Die Kranken zeigen Abnahme der Sehschärfe

und des Farbensinnes oder Einengung des Gesichtsfeldes, Empfindlichkeit gegen grelles Licht und laute Geräusche, Abnahme der Gehörschärfe auf beidem oder einem Ohr ohne jede objectiv nachweisbare Veränderung der Gehörorgane, Abschwächung oder völliges Fehlen des Geschmacks- und Geruchsinnes. Die Haut ist zuweilen an einzelnen Stellen hyperästhetisch, an anderen anästhetisch und man muss zur Entdeckung dieser Stellen die ganze Haut durchsuchen. Besonders die anästhetischen Zonen zeigen in ihrer Abgrenzung gar keine feste Regel, und was noch schlimmer ist, sie sollen auch zu verschiedener Zeit an verschiedenen Stellen vorhanden sein. Die Anästhesie kann alle oder einzelne Empfindungsqualitäten betreffen, am häufigsten hat nur die Schmerzempfindlichkeit gelitten.

Da wir hier für Aerzte schreiben, welche Misstrauen gegen die Angaben eines Kranken hegen, so ist es vielleicht nicht überflüssig zu bemerken, dass die angegebenen sensoriellen Störungen durchaus nicht „leicht zu constatiren“ sind.

3. Störungen der Motilität fehlen selten ganz und zeigen sich sowohl in Haltung und Gang, als örtlich durch Zittern und Muskelsteifigkeit. Die Hautreflexe verhalten sich ganz verschieden, die Sehnenreflexe sind meist gesteigert.

4. Trophische Störungen sind nicht häufig, zuweilen soll auffallend rasches Ergrauen der Haare eintreten. (Ein recht zweifelhaftes Symptom!)

5. Funktionelle Störungen finden sich gewöhnlich nur in denjenigen inneren Organen, auf deren Thätigkeit der psychische Zustand von Einfluss ist.

6. Die allgemeine traumatische Neurose wird selten gebessert, niemals geheilt.

Die örtliche traumatische Neurose unterscheidet sich von der allgemeinen, abgesehen von ihrem örtlichen Auftreten an den verletzten Extremitäten, besonders durch das Ueberwiegen der Hyperästhesie, das stärkere Hervortreten der Bewegungsstörungen und ihre noch grössere Uebereinstimmung mit rein hysterischen Erkrankungen. Sie ist der Heilung eher zugänglich. Ueber Simulation derselben vergleiche man das hinten im 6. Kapitel Gesagte.

Epilepsie.

Keine innere Krankheit ist wohl häufiger mit Erfolg simulirt worden, als die Epilepsie, obwohl, wie ich gleich hinzufügen muss, keine schwerer zu simuliren ist. Der Vorwurf für diese zunächst befremdende Thatsache trifft aber nicht vorzugsweise die Aerzte. Lässt doch auch heute noch die deutsche Rekrutirungsordnung das Zeugniss von Nicht-Aerzten für das Bestehen der Epilepsie gelten. Wie häufig erscheinen diese Zeugnisse wenig glaubhaft, und selbst vorausgesetzt, dass sie alle in gutem Glauben abgegeben sind, wie leicht kann der Laie durch bloss simulirte Krämpfe getäuscht sein?

9. Ein Rekrut der im Jahre 1862 noch bestehenden Seeartillerie wollte an Epilepsie leiden und war wiederholt beim Appell und anderem Dienst vor den Augen seiner Vorgesetzten in die grässlichsten Krämpfe verfallen. Keiner zweifelte an der Wirklichkeit seines Leidens. Der betreffende Marinearzt beobachtete den Mann im Lazareth und erklärte ihn für einen Schwindler, während der Commandeur der kleinen Abtheilung sich nicht entschliessen konnte, das gerichtliche Verfahren gegen den Unglücklichen einzuleiten. So blieb der Mann vorläufig im Dienst, ohne dass die Krampfanfälle aufhörten. Eines Tages war derselbe spurlos verschwunden. Man vermuthete, er sei auf dem Wege nach dem Casernement (wo allerdings dazu Gelegenheit reichlich vorhanden war) ins Wasser gestürzt, während er von Krämpfen befallen wurde, und so ertrunken. Auch an die Möglichkeit eines Selbstmordes aus Verzweiflung darüber, das er als Simulant behandelt wurde, dachte man, und im Stillen zuckte man bereits die Achseln über die Hartherzigkeit des Arztes. Vier Wochen später hatte Letzterer die Genugthuung, dass der Mann als Deserteur in seiner weit entfernten Heimath aufgegriffen wurde. Von Epilepsie war hinfort nicht mehr die Rede.

Nun wird man freilich das Zeugniss von Laien nicht unter allen Umständen als werthlos verwerfen dürfen, wenn man nicht unnöthiger Weise den Geschäftsgang erschweren und dem Staate Kosten verursachen will. Denn, wenn Lehrer und andere zuverlässige Leute bezeugen, dass ein Mensch seit seiner Kindheit beständig an epileptischen Krämpfen gelitten hat, warum sollte man es nicht glauben und noch ärztliche Beobachtung fordern? So viel Jahre simulirt Niemand, um das Zeugniss der Beobachter zu gewinnen.*) Wohl

*) Einen Fall, wo ein herrschaftlicher Diener zwei Jahre hindurch vor seiner Einstellung beim Militär gelegentliche epileptische Anfälle simulirt hatte und darüber ein Zeugniss seines (wahrscheinlich überzeugten) Dienstherrn

aber sollte man der betreffenden Behörde oder dem Arzte anheim geben, zu beurtheilen, ob nach den vorliegenden Zeugenaussagen ohne Weiteres das Vorhandensein der Epilepsie für erwiesen zu erachten, oder ob eine Beobachtung eines Anfalls durch einen Arzt zunächst abzuwarten ist. Zur Zeit ist das einzige Correctiv gegen den Missbrauch der drei Zeugen der Umstand, dass sich ausser dem getreuen Nachbar, der das Vorhandensein der Epilepsie bezeugt, leicht ein zweiter oder dritter findet, welcher das Manöver durchschaut, und aus Missgunst eine (wenn auch nur anonyme) Denunciation gegen den glücklich vom Militärdienst Losgekommenen abschickt. Ich habe jedoch einen Fall erlebt, wo ein recht kräftiger und anscheinend brauchbarer Dienstpflichtiger, der von Beruf Holzhändler war und in seinem Geschäft vielfach Reisen machen musste, protokollarische Zeugnisse über stattgehabte Anfälle von Epilepsie beibrachte, welche durchweg von Besitzern der Gasthöfe, in denen er einzukehren pflegte, abgegeben waren. Dagegen hatte der Mann kein Zeugniss aus seiner Heimath. In diesem Falle wäre die Forderung einer ärztlichen Constatirung der Krankheit, ehe die Dienstunbrauchbarkeit ausgesprochen wurde, wohl gerechtfertigt gewesen.

Indess auch trotz ärztlicher Beobachtung hat wohl mancher Simulant von Epilepsie seinen Zweck erreicht. Ich kann hierfür keine Beweise beibringen, es handelt sich nur um eine Vermuthung, die sich auf einzelne Beobachtungen gründet, in denen es mir schien, als ob man ärztlicherseits zu schnell bereit gewesen wäre, Epilepsie anzuerkennen. Solches, vielleicht vorschnelles, Handeln wird besonders unterstützt durch die Ueberschätzung der Schwierigkeiten in der Diagnose des epileptischen Anfalls. Die Wissenschaft lehrt, dass die Anfälle nicht alle typisch verlaufen, es giebt abgekürzte, unvollständige Anfälle, in denen einzelne Symptome, die früher für pathognomisch galten, ganz fehlen können. Nach manchen Autoren ist eigentlich kein einziges Symptom constant und andererseits sind dieselben Leute geneigt, jede nervöse Zuckung als eine Abart von Epilepsie zu bezeichnen und darauf Gott weiss welche Rückschlüsse auf die geistige Constitution zu bauen.

---

beibrachte, habe ich jedoch beobachtet. Der Mann wurde im Lazareth entlarvt und hatte nie wieder Krampfanfälle.

Nun kann und soll nicht geleugnet werden, dass gerade diese unvollständigen Anfälle in den verschiedensten Formen auftreten und in die zahlreichen als hysterisch bezeichneten Krampfformen übergehen; auch finden sich Störungen oder auch nur Umnebelungen des Bewusstseins mit sehr geringer, oft übersehener Betheiligung des motorischen Apparats, sogenannte epileptoide Zustände; indessen für den Praktiker, für die Frage: liegt im gegebenen Falle Epilepsie vor oder nicht, sind alle diese Erscheinungsformen nicht ausgeprägter Epilepsie von sehr geringer Bedeutung. Die Mehrzahl unserer Untersuchungs-Gefangenen und Rekruten weiss eben nichts vom „Nerven haben", um mit Onkel Bräsig zu reden, und wenn sie simuliren, so simuliren sie möglichst vollständige Anfälle. Andererseits werden wirkliche unvollständige Anfälle, so wie epileptoide Zustände, bei einem besonnenen Beobachter nie den Verdacht der Simulation erwecken, denn in allen diesen Fällen fehlt nie eine somatische Grundlage, wie an späterer Stelle, wo auch die Erfindung der psychischen Epilepsie besprochen werden soll, ausgeführt werden wird.

Also, wie bemerkt, einen möglichst vollständigen Anfall sucht der Simulant vorzutäuschen, und da er gewöhnlich kein Mediciner ist, so macht er das meistens so unzweckmässig, dass die Entlarvung leicht ist, sofern man nur den ganzen Anfall beobachten kann.

Ich sage absichtlich, „meistens" sind die Bewegungen ungeeignet, einen epileptischen Anfall vorzutäuschen, denn allerdings sind einzelne Fälle beobachtet, wo Leute, offenbar begünstigt durch genaue Beobachtung wirklicher epileptischer Anfälle, mit grosser Virtuosität simulirten. So erwähnt Westphal eines Simulanten (10.), dessen Anfall Romberg für einen „klassischen epileptischen" erklärt hatte. Der betreffende junge Mensch hielt alle Prüfungen durch Stechen, Kitzeln u. s. w. ohne Reflexbewegungen aus und sein schielendes Auge machte sogar während des Anfalls Excursionen, welche ausserhalb des Anfalls nicht erreicht werden konnten. Westphal entlarvte ihn dadurch, dass er während des Anfalls von bestimmten Bewegungen als Zeichen des epileptischen Anfalls sprach und den aufmerksamen Simulanten dadurch verleitete, diese Bewegungen wirklich zu machen. Später, nachdem die Simulation eingestanden war, bewog ihn Westphal einen vollständigen typischen Anfall im Auditorium auf ein gegebenes Zeichen hin zu simuliren. (Berlin. Klin. Wochenschrift 1873, Nr. 40 S. 482.)

11. Eine zweite Ausnahme von der Regel, wo dasselbe Verfahren sich wirksam zeigte, bot folgender Fall. Ein Rekrut, welcher bereits ein Mal wegen angeblicher Epilepsie zur Beobachtung im Lazareth ge-

wesen war, kam wieder in dasselbe wegen seiner „Anfälle". Letztere bestanden darin, dass er wie ohnmächtig hinfiel, dabei auch angeblich das Bewusstsein verlor, alsbald aber regelmässig nach Wasser verlangte. Er mochte wohl irgendwo gesehen haben, wie man einem ohnmächtig Gewordenen Wasser gereicht hatte. Beschädigt hatte er sich nie, der hinzugerufene Arzt fand ihn regelmässig bei klarem Bewusstsein. Da die Sache verdächtig war, instruirte der Arzt die Wache in Gegenwart des Kranken, „es sei von der grössten Wichtigkeit zu wissen und sie möchte darauf achten, ob im Anfall auch die rechten Krämpfe aufträten, nämlich erst Bewegung eines Körpergliedes, dann eines anderen u. s. w." Zum besseren Verständniss machte er die Bewegungen vor und streckte unter Andern den einen Arm mit gespreizten Fingern von sich, wie es kein Epileptiker thut. Der Kranke liess sich fangen und am anderen Morgen machte er sowohl vor der Wache wie vor dem Arzt genau die vorgeschriebenen Bewegungen. Die Angelegenheit wurde ganz ernsthaft behandelt. Beim nächsten Anfall sprach sich der Arzt darüber aus, dass, wenn man auf die Carotis der einen Seite drücke, auf dieser Seite die Zuckungen stärker würden (bekanntlich ist gerade zur Unterdrückung des Anfalls Compression der Carotiden empfohlen). Er that es gleichzeitig und der gelehrige Kranke fing sofort an mit der betreffenden Seite stärker zu zucken. Bei der Visite wurde von beiden behandelnden Aerzten der Fall weiter besprochen und die bestimmte Ansicht geäussert, der nächste Anfall werde nun wohl erst nach zwei Tagen auftreten. Auch darauf ging der Patient ein. Nunmehr wurde letzterem seine Thorheit vorgehalten und am 15. Tage nach der Aufnahme gestand der Mann zu, dass er simulirt habe, um sich vom Militärdienst zu befreien. (Nach Dr. Winkler.)

Einen Fall von vorzüglich simulirter Epilepsie hat auch Mac Donald (im Boston Journal 1880 nach Schmidt's Jahrbüch. 1885. 1) berichtet. Der betreffende Betrüger hatte zum Zwecke des Bettelns, der Taschendieberei und der Lazarethaufnahme 15 Jahre lang die Aerzte getäuscht und besonders auch sehr schwere Verletzungen bei seinen Anfällen nicht gescheut. Immerhin sind solche Fälle recht selten.

Es sind bei der Beurtheilung eines Anfalls eine Anzahl von Punkten zu berücksichtigen, die wir am besten der Reihe nach besprechen:

1. Der Totaleindruck. Von diesem kann natürlich nur bei demjenigen die Rede sein, welcher wirkliche Anfälle ruhig beobachtet hat. Für das Publikum ist, wie Fall 9 lehrt, der Totaleindruck auch bei der Simulation oft ein überwältigender. Viele unserer jungen Aerzte haben wirkliche Anfälle nicht gesehen und das Traurigste ist, wenn Einer aus Scheu, seine Unsicherheit zu verrathen, nicht den Muth hat, zu sagen: Ich weiss nicht, ob der Anfall echt oder simulirt war. Leider finden sich Leute, die es fertig bekommen,

ihm auf seine ehrliche Antwort zu erwidern: Das müssen Sie wissen, dafür sind Sie Arzt. Mit Unrecht, denn wenn man erst zum Schluss des Anfalls kommt, kann der erfahrenste Arzt zuweilen nicht mit Bestimmtheit sagen, ob der Anfall ein wirklicher war.

2. Bewusst- und Gefühllosigkeit. Sie kann zuweilen fehlen, der Simulant wird sie stets vorzutäuschen suchen und wird der nachträgliche Beweis, dass er doch fühlt und denkt, ihn entlarven. Zu beachten ist dabei, dass der feste Wille, Gefühls- und Schmerzensäusserungen zu unterdrücken, oft ausserordentliches leisten kann; der Gefühlseindruck muss daher möglichst plötzlich und unerwartet kommen. Eins der besten Mittel ist, dem Simulanten sein Lager auf dem Fussboden (ohne Bettgestell), zu geben und wenn er den Anfall bekommt (wobei er meist zur Vergrösserung des Effekts sich von seinem Lager herunterrollt), ihm plötzlich einen Eimer kalten Wassers über den Kopf zu giessen. (Aber er darf von der Bestimmung des in der Nähe bereit stehenden Eimers nichts wissen.) Die Wirkung ist zuweilen eine recht drastische und auch als Heilmittel gegen fortgesetzte Simulation von Epilepsie ist die Methode vortrefflich.

Constatirter Mangel der Reaction der Pupillen gegen Licht ist (nach Romberg) als sicheres Zeichen wirklicher Epilepsie anzusehen. Ebenso erträgt ein Simulant kaum das Berühren der Conjunctiva bulbi oder der cornea (obwohl es in einzelnen Fällen beobachtet sein soll). Cheyne hat einen Betrüger entlarvt, indem er ihm mitten im Anfall etwas Branntwein in's Auge träufelte (Casper l. c.).

Echeverria (in American. Journ. of insan. nach Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1881, 2. Band) macht darauf aufmerksam, dass nach mehreren epileptischen Anfällen die Pupille sich wohl eine Minute lang abwechselnd erweitere und verengere — ein Symptom, das nicht zu simuliren ist.

Das Gefühl braucht allerdings nicht ganz aufgehoben zu sein, es können auch Reflexzuckungen bei schwachen Anfällen oder herannahendem Ende des Anfalles auftreten, — indessen diese Bedenken sind, wie oben bemerkt, nur theoretisch berechtigt, in der Wirklichkeit wird ja ein gewissenhafter Arzt sein Urtheil nicht auf ein Symptom hin abgeben, sondern auch alle übrigen in Betracht ziehen.

3. Die Muskelkrämpfe. Dieselben bilden, wie ja auch die ganze Krankheit im Volke oft nur als „Krämpfe" bezeichnet wird, ein recht wichtiges Symptom. Einen wirklichen und einigermaassen andauernden Opisthotonus wird kein Simulant hervorbringen, er müsste denn ein sehr geübter Acrobat sein. Noch weniger ist dies möglich mit den kurzen, ruckweisen Contractionen aller Rücken- und Nackenmuskeln. Die Simulanten arbeiten vorzugsweise mit Armen und Beinen und zwar meistens in der unsinnigsten Weise, halten dieselben auch absichtlich steif. In letzterem Falle ist es praktisch, die eine Hand fest auf eine kräftige Muskelgruppe, z. B. die vasti am Oberschenkel zu legen. Dieselben werden dann nach einiger Zeit ruhigen Verhaltens erschlaffen, versucht man nun mit der andern Hand das Knie zu beugen, so spannt der Simulant sofort die Muskeln fühlbar an und relaxirt sie wieder, wenn man den Beugeversuch aufgiebt. Macht man diese Beobachtung, so ist der Verdacht berechtigt, dass das Bewusstsein vorhanden ist und die Muskelcontraction willkürlich erfolgt. Mac Donald l. c. legt grosses Gewicht auf den Umstand, dass der Simulant gewöhnlich die Daumen nicht eingeschlagen hat und, wenn ihm die Hände gewaltsam geöffnet werden, dieselben sofort wieder schliesst. Der wirklich Kranke dagegen hält die Daumen mit Riesenkraft eingeschlagen; wird ihm die Hand geöffnet, so schliesst sie sich erst wieder bei Erneuerung des Anfalls.

4. Der wirklich Kranke ist bei Beginn des Anfalls bleich, nach einiger Zeit fehlt bei heftigen Krämpfen wegen der unvermeidlichen Störung des Respiration nie die Cyanose, welche der Simulant nicht nachahmen kann.

5. Der Sopor fehlt nach heftigen Anfällen fast nie und selbst nach leichteren Anfällen wird dem aufmerksamen Arzt eine allgemeine Abgeschlagenheit des Patienten nicht entgehen. Macht man den Simulanten sofort nach dem Anfall Vorwürfe über sein Thun und er vertheidigt sich (wie nicht selten) mit der grössten Zungenfertigkeit dagegen, so hat man darin eine Bestätigung der Simulation.

6. Der charakteristische epileptische Schrei ist ein einzelner, durchdringender Laut, mit dem zuweilen der Anfall ohne Aura beginnt (manche schreien ängstlich während einer kurzen Aura, dieses Schreien hat nichts Charakteristisches). Da er nicht immer vor-

kommt, so ist für die Beobachtung der Simulanten nur wesentlich, dass letztere zuweilen auch schreien, dann aber stets in solcher Weise, dass die Willkür dabei unverkennbar ist, während das Eigenthümliche, geradezu Schaudererregende des epileptischen Schreis in dem Eindruck des Krampfartigen, Niegehörten, daher scheinbar Unnatürlichen liegt, mögen nun die Muskeln des Kehlkopfs oder des Thorax oder beide zugleich krampfhaft contrahirt werden.

7. Die Aura. Dieselbe ist an sich nicht häufig. Fragt man den Simulanten, ob er das Nahen des Anfalls bemerken könne, so wird er gewöhnlich mit „Nein" antworten. Trotzdem sucht er sich meistens eine Stelle zum Anfall aus, an der er nicht viel Schaden leiden kann. Einzelne sind allerdings entschlossen genug, auch kleinere Verletzungen nicht zu scheuen und selbst in die Zunge würde sich ein energischer Mensch beissen können. Wiederholte und gefährliche Verwundungen lassen aber mit ziemlicher Sicherheit auf wirkliche Epilepsie schliessen.

8. Endlich wird man auf die individuellen Verhältnisse des Falles Rücksicht nehmen müssen, — ob der Kranke ein Interesse hat, Epilepsie zu simuliren und wann das Uebel zuerst aufgetreten ist. Das Leiden entsteht am häufigsten im Kindesalter und zur Zeit der Pubertätsentwickelung, selten später, und im letzteren Falle (als acute Epilepsie) sind die Symptome deutlich und die Anfälle nicht selten.

So sah ich einen Soldaten (nicht Rekruten), welcher wochenlang ohne andere Symptome von Hirnleiden täglich drei bis vier und mehr heftige epileptische Anfälle hatte. Der Mann schlief vor Erschöpfung sehr viel und klagte nur über Schmerzen in seinen Muskeln, denen allerdings eine Anstrengung zugemuthet wurde, wie sie bei der schwersten körperlichen Arbeit nicht erfordert wird.

Nach Hasse waren unter 995 Epileptischen 757 vor dem 20. Lebensjahre erkrankt, wobei ausserdem zu berücksichtigen ist, dass die erst in höherem Lebensalter entstehende Epilepsie oft in Folge anderer Krankheitszustände (welche gerade bei unseren Soldaten, ausgesuchten kräftigen jungen Männern, selten sind) auftritt und zwar bei Frauen häufiger, als bei Männern.

Es giebt also eine Reihe von Punkten, an denen man den Simulanten von dem wirklich Epileptischen unterscheiden kann und wenn auch nicht alle constant und zweifellos sind, so wird es doch mit Berücksichtigung aller Umstände im concreten Falle nicht

schwer sein, zu unterscheiden, ob man einen Simulanten vor sich hat, besonders deshalb, weil die meisten recht schlecht simuliren.

Eine viel grössere Schwierigkeit liegt gewöhnlich darin, einen vollständigen Anfall zu Gesicht zu bekommen. Wirkliche Epilepsie tritt ja in den verschiedensten, oft sehr langen Zwischenräumen auf. Simulanten vermeiden es, einen Anfall in der Gegenwart des Arztes zu bekommen, oder, wenn dieser gerufen wird, so erwacht ihre Vorsicht und sie beenden ihren Anfall. Zuweilen hilft in solchen Fällen die (nicht an den Kranken gerichtete) Bemerkung: So lange wir keinen Anfall gesehen haben, muss er doch hier liegen bleiben, oder aber die entgegengesetzte: Da kein Anfall kommt, kann der Mann morgen zum Dienst gehen.

Eine Art Simulation, welche keine amtliche Begutachtung fordert, aber für Hausärzte recht lästig werden kann, findet man nicht selten bei wirklich an Epilepsie leidenden Kindern ängstlicher und nervöser Eltern. Letztere machten die Beobachtung und sprechen sie auch aus: Wenn sich das Kind ärgert und aufregt, so bekommt es gleich Krämpfe. Das Kind bemerkt bald, dass es mit einem drohenden Krampfanfall seinen Willen durchsetzen kann und versucht dies auch zum Schrecken der Eltern bei den albernsten Wünschen, die sich gar nicht erfüllen lassen. Werden solche Kinder in eine Anstalt gebracht, so pflegen die Anfälle viel seltner zu werden und der Arzt kann also mit begründeter Aussicht auf Erfolg empfehlen, solche Kinder in eine Anstalt zu schicken.

Dr. J. Eröss (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1884) führt nicht weniger als 14 Fälle von simulirten Krankheiten der Kinder an, darunter besonders Krämpfe, Lähmungen, epileptische und choreaartige Zustände.

Zurechnungsfähigkeit der Epileptiker.

Verbrecher suchen zuweilen ihre Unthat damit zu entschuldigen, dass sie behaupten, in unzurechnungsfähigem Zustand nach einem epileptischen Anfall gehandelt zu haben und sie finden nicht nur Vertheidiger, sondern auch ärztliche Sachverständige, welche auf Grund der vorhandenen oder angenommenen Epilepsie jegliche That des Betreffenden als nicht strafwürdig erachten. Indessen schon Casper (l. c.) und vor ihm Clarus (Beiträge z. Erkenntniss und Beurtheilung zweifelhafter Seelenzustände, Leipzig 1828) hat nach-

gewiesen, dass diese zuerst von Platner (1798) aufgestellte Theorie von der allgemeinen Unzurechnungsfähigkeit der Epileptiker völlig unhaltbar ist. Notorisch haben geistig gesunde Leute einzelne vollständig ausgebildete epileptische Anfälle gehabt, die sich dann im Laufe von Jahren nicht wiederholten. Geistig sehr hervorragende Leute haben sogar an regelmässigen Anfällen gelitten. Es wird dies bekanntlich von Caesar, Mahomet und Napoleon behauptet. Wie weit gerade diese Angaben richtig sind, wird sich bei der Mythenbildung, die sich einerseits um grosse Männer entwickelt, andererseits bei dem Bestreben, Mängel hochgestellter Personen zu verbergen und abzuleugnen, schwerlich sicher feststellen lassen. Aber auch ohne gerade solche welterschütternde Persönlichkeiten zu nennen, kann ich behaupten, dass geistig bedeutende Menschen an Epilepsie gelitten haben. Wenn es auch zweifellos ist, dass vielfach die Epilepsie mit Geistesschwäche endet, so ist das darum noch nicht die Regel. Die gegentheilige Ansicht vieler Psychiater dürfte ihren natürlichen Grund darin finden, dass sie ihre Erfahrungen vorzugsweise in Anstalten sammeln, wohin gerade die schwersten Fälle zusammenströmen, während seltnere, ohne Nachtheil für die Intelligenz auftretende Anfälle vom Kranken und seiner Umgebung möglichst verheimlicht werden.

Wenn also der Nachweis vorhandener Epilepsie für sich allein keineswegs Unzurechnungsfähigkeit begründet, so wird man doch berücksichtigen müssen, dass bei vielen Epileptikern eine besondere Empfindlichkeit und Reizbarkeit des Gemüths (besonders vor und nach den Anfällen) besteht. Wird bei einem solchen Kranken nicht nur im Allgemeinen, sondern auch zur Zeit einer incriminirten Handlung eine erhöhte Reizbarkeit nachgewiesen, so wird dieselbe natürlich ebenso als mildernder Umstand geltend gemacht werden können, wie Reizbarkeit und Jähzorn bei andern Leuten.

Als wirkliche Geistesstörung dagegen ist der epileptische Wuthanfall, Mania epileptica, besser Raptus epilepticus genannt, anzusehen. Das Leiden tritt in der grossen Mehrzahl der Fälle nach, selten vor einem vollständigen epileptischen Krampfanfall auf, es kann auch vicariirend an Stelle eines epileptischen Anfalls eintreten. Es hat eine gewisse Aehnlichkeit mit dem transitorischen Angstparoxysmus (Raptus melancholicus), wie er sich auch in Folge

anderer schwerer Nervenleiden und im Verlauf oder als Beginn einer wirklichen Melancholie entwickelt. Grässliche Seelenangst, welche sich in erschreckender Weise in der Physiognomie des Ergriffenen ausprägt, verbunden mit wilden Delirien (die Verfolgung, Todesgefahr, Dämonenerscheinungen, auch wohl imperative Hallucinationen zu blutigen Thaten enthalten) treibt den Kranken zu blinder bestialischer Wuth gegen seine Umgebung. Die schrecklichsten, geradezu unerhörten und unbegreiflichsten Thaten werden daher im epileptischen Wuthanfall verübt. Der Anfall dauert in voller Heftigkeit meist nicht lange, zuweilen nur 10—15 Minuten, doch auch einige Tage, dann aber mit Unterbrechungen und zeitweiser Beruhigung. Es lässt stets eine tagelange geistige und körperliche Prostration zurück, während welcher die Kranken stumpf, unbesinnlich, zuweilen wie blödsinnig erscheinen.

Fügen wir zu dieser kurzen Schilderung noch hinzu, dass der epileptische Wuthanfall nie vereinzelt auftritt, sondern bei demselben Kranken sich wiederholt (wenn auch zuweilen in weniger heftigem Grade als Zornmüthigkeit, in der jedoch eine geringe Reizung die volle Tobsucht auslösen kann), so ist wohl zur Genüge ersichtlich, dass von einer erfolgreichen Simulation desselben kaum die Rede sein kann.

Dagegen liegt geradezu eine Verlockung zur Simulation in den Lehren einzelner Psychiatriker, welche die verschiedensten geistigen Störungen am besten durch Annahme einer „larvirten oder psychischen Epilepsie“ zu erklären glauben. Eine larvirte Epilepsie darf aber nur da angenommen werden, wo früher charakteristische Anfälle oder sonstige Symptome, die für Epilepsie sprechen, beobachtet sind. Hierher gehören die sogenannten epileptoiden Zustände, Bewusstseinsstörungen, in denen man eine somatische Grundlage bei genauer Untersuchung nie vermissen wird sowohl hinsichtlich aetiologischer Momente, als lokaler Krampferscheinungen, letztere besonders an der Muskulatur der Augen und des Mundes. Ohne Bewusstseinsverlust bez. -Störung und ohne Muskelkrämpfe — mögen erstere noch so kurz, letztere örtlich noch so beschränkt sein — keine Epilepsie! Selbstverständlich darf als dritte Bedingung die periodische Wiederkehr der Anfälle nicht fehlen. Allerlei nervöse Zuckungen dagegen, zeitweise Zwangsbewegungen ohne jede Beein-

trächtigung des Bewusstseins mögen auf eine Disposition zu Epilepsie hinweisen, aber sie als Formen der Epilepsie anzusehen, ist ebenso willkürlich, als wenn ein Autor „sogar häufigere Ohnmachten, auch wenn sie sich in der äusseren Erscheinungsweise von der gewöhnlichen Ohnmacht nicht unterscheiden," für eine Erscheinungsform der Epilepsie ansehen zu dürfen glaubt.

Einem französischen Gelehrten war es vorbehalten, eine rein psychische Epilepsie ohne nachweisbare somatische Grundlage, nur in geistiger Störung bestehend zu entdecken (Professor Meynert bezeichnete diese Entdeckung als einen bedenklichen Unfall) und auch gleich zwei Namen für die Grade derselben, petit mal und grand mal psychique, zu finden. Unter letzterem versteht er den vorstehend geschilderten epileptischen Wuthanfall, unter petit mal psychique weniger heftige melancholische Angstgefühle mit dem Drang zu negativen Handlungen. Die leidige deutsche Sucht, Ausländisches nachzuahmen und nachzubeten, hat den schönen Namen „petit mal" (man sollte meinen, dass weder Epilepsie noch Geistesstörung jemals ein kleines Uebel wären) sofort adoptirt und nachdem der Name einmal da ist, erweist er sich vielfach als bequeme Diagnose für alle möglichen geistigen Perversitäten, Charakterfehler und Gemüthsverstimmungen, welche zu besonderen Krankheitsbildern erst durch das Zusammenwirken beschäftigungsloser Weiber und eifriger Specialisten gemacht werden.

Glücklicher Weise erkennt die Mehrzahl unserer Psychiater diese psychische Epilepsie nicht an, sondern verwirft sie als eine unbegründete und unberechtigte Hypothese. O. Schwartzer (Die transitorische Tobsucht, Art. XXVI. Wien 1880) hebt hervor, dass die Epilepsie immer auf somatischer Grundlage beruht, dass wir aber das eigentliche Wesen derselben nicht kennen und dass es daher etwas Unbekanntes durch etwas ebenso Unbekanntes erklären heisst, wenn man unerklärliche Geistesstörungen auf ein ebenso geheimnissvolles, unnachweisbares epileptisches Leiden zurückführt. Er weisst auch auf die eventuellen praktischen Folgen dieser Theorie hin: „Welchen entsetzlichen, die ganze Strafgerechtigkeit lahmlegenden Missbräuchen wäre durch die Anerkennung dieser psychischen Epilepsie Thür und Thor geöffnet! Jeder Hallunke, den man für seine Schandthat straflos ausgehen zu lassen

beabsichtigt, wäre ganz einfach psychisch epileptisch und folglich unzurechnungsfähig.“

Aus allem Vorhergehenden folgt, dass, wenn eine That als in epileptischem Irrsinn begangen exculpirt werden soll, folgendes festgestellt werden muss, eventuell durch Beantragung ausreichender Zeugenvernehmungen (wozu der Arzt nach § 80 der deutschen Strafprocessordnung berechtigt und verpflichtet ist), um das Vorleben ganz genau zu ermitteln.

1. Sind epileptische Anfälle oder Symptome, welche unbestritten für epileptische oder epileptoide gelten, dagewesen oder bestehen sie noch? Im letzteren Falle oder wenn erst seit der That solche Anfälle auftreten, ist Simulation sicher auszuschliessen?

2. Wie war der Verlauf dieser Anfälle (denn wenn auch das Grundleiden der Epilepsie in sehr verschiedenen Formen auftreten kann, so pflegen die Anfälle bei demselben Kranken ziemlich regelmässig in einer und derselben Weise zu verlaufen), insbesondere waren Wuthausbrüche oder Exaltationszustände mit den Anfällen verbunden?

3. Hat der Angeschuldigte zur Zeit der That an einem epileptischen oder epileptoiden Anfall gelitten?

Die einzelnen Umstände im concreten Falle und das Verhalten des Angeklagten vor und nach der That werden dann meist ein zutreffendes Urtheil gestatten.

Geisteskrankheiten.

a. Simulation noch vorhandener Geistesstörungen.

Geisteskrankheiten werden am häufigsten von Verbrechern simulirt, um sich einer Bestrafung bez. einer Strafverbüssung zu entziehen oder um leichter Gelegenheit zu einem Fluchtversuch zu finden. Bei Rekruten kommt diese Art von Simulation selten und dann gewöhnlich in der Form anscheinender Geistesschwäche vom einfachen „Sich dumm stellen“ bis zur völligen Idiotie vor.

12. Die Dienstbrauchbarkeit eines Rekruten S., polnischer Nationalität, erschien durch angebliche Geisteskrankheit in Frage gestellt.

Derselbe war nach seinem Eintritt von seinem Vater, weil letzterer krank und arbeitsunfähig sei, zweimal reklamirt worden. Diese Reklamationen waren durch ärztliche und ortsbehördliche Atteste unterstützt worden und weder in der Reklamation noch in diesen Attesten war der Geisteskrankheit des Sohnes gedacht. Ebenso wenig war im Aushebungstermin die Geistesschwäche des S. geltend gemacht worden. Auf Requisition der Militärbehörde äusserten sich der Lehrer und Ortspfarrer über eine angebliche Geistesschwäche des S., jedoch in so unbestimmten allgemeinen Ausdrücken, dass man daraus keinen sicheren Schluss auf den Grad derselben ziehen konnte. — Am 5. November eingestellt, blieb S. am 12. früh in seinem Bett liegen, mit halbgeschlossenen Augen und leidendem Gesichtsausdruck, anscheinend zu kraftlos, um gehen oder stehen zu können, so dass er nach dem Lazareth getragen werden musste. Hier benahm er sich in derselben Weise, klagte ausserdem über Kopfschmerz, während objectiv erkennbare Krankheitssymptome an ihm nicht gefunden werden konnten. Der ganze Zustand machte entschieden den Eindruck der Uebertreibung. Nachdem er am 13. noch ebenso gelegen, schwand am 14. der ganze Depressionszustand sofort, nachdem ihm mitgetheilt worden, dass er reklamirt sei und voraussichtlich in die Heimath zurückkehren könne. Es wurde nach diesem Verlauf die Diagnose auf Heimweh gestellt und S. am 15. als geheilt entlassen. Die Aussicht auf Entlassung erwies sich jedoch als unbegründet und verfiel S. hierauf ausserhalb des Lazareths alsbald wieder in den früheren apathischen Zustand und verweigerte sogar die Nahrungseinnahme. Er wurde am 17. November ins Lazareth gebracht, am 26. November geheilt entlassen, in gleicher Weise war er vom 18. bis 27. December 1879 und 2. bis 21. Januar 1880 im Lazareth, Anfangs stets völlig apathisch und scheinbar hinfällig, nach einigen Tagen jedoch keine Abnormitäten mehr zeigend. Differenzen bestanden nur insofern, als S. im December als Grund seines Leidens einen Schlag gegen den Kopf angab, so dass der Gedanke an eine Gehirnerschütterung entstehen konnte, während seine Angabe sich nachträglich als falsch erwies und er selbst gegen einen Kameraden als Ursache leichter Hauterosionen am linken Ohr einen zufälligen Stoss, den er auf der Treppe von einem anderen Kameraden erhalten, bezeichnete. Obwohl der Verdacht auf Simulation entstanden, erschien doch das ganze Verhalten für eine Simulation sehr wenig zweckentsprechend, während andererseits der Eindruck so ganz neuer Verhältnisse auf einen beschränkten Menschen, der bis dahin niemals das elterliche Haus verlassen hatte, eine starke, gemüthliche Depression erklärlich erscheinen liess. Dazu kam ein so ungeschicktes Verhalten des S. bei dem Versuch der militärischen Ausbildung, dass an dem Zureichen seiner geistigen Fähigkeiten gezweifelt werden musste. Der Zustand verschlimmerte sich jedoch noch, seine geistigen Fähigkeiten, die bei der Entlassung aus dem Lazareth am 21. Januar nur in mässigem Grade herabgesetzt schienen, nahmen von da an rapide ab, obwohl er zum Dienst gar nicht herangezogen wurde.

Er glich mehr und mehr einem völlig Blödsinnigen und machte daher, als er am 16. Februar zum ersten Male commissarisch untersucht wurde, einen viel schlimmeren Eindruck, als er nach den Schilderungen vom 27. Januar einige Wochen vorher geboten hatte. Auf den ersten Blick musste ihn Jedermann für einen völlig Schwachsinnigen oder Blödsinnigen halten, bei näherer Betrachtung fiel jedoch ein gewisses Bestreben auf, in Haltung und Geberden den Stumpfsinn möglichst prägnant zum Ausdruck zu bringen. Als ein kräftiger, gut genährter und wohl gebauter, etwas blasser Mann, stand er, in sich zusammen gesunken, mit schlaffen Knieen, gebeugtem Nacken und stierem Gesichtsausdruck von unten nach oben blickend, da, den Kopf beständig nach rechts und links bewegend und die nächstliegenden Gegenstände scheinbar erstaunt betrachtend, aber niemals fest fixirend. Ebenso blickte er bei der Anrede den Sprecher nur für einen Moment an, alsbald wieder unter leichten Kopfbewegungen nach rechts und links schauend. Auf Fragen antwortete er entweder gar nicht oder in unpassender Weise und in polnischer Sprache mit Ja oder Nein. Bei heftigerem Anreden, um seine Aufmerksamkeit zu erregen, schreckte er scheinbar ängstlich zusammen, um alsbald wieder in die frühere Theilnahmlosigkeit zu verfallen. Das ganze Benehmen machte, wie bemerkt, den Eindruck des Absichtlichen. Als Beispiel dafür ist anzuführen, dass auf die wiederholte Aufforderung, nach Hause zu gehen, und nachdem auf seine auf dem Tische liegende Mütze hingewiesen war, er endlich die letztere ergriff, sie ganz erstaunt betrachtete, mehrmals in den Händen umdrehte, als sei sie ihm ein völlig fremder Gegenstand, mit dem er nichts anzufangen wisse, und sie erst nach einer pantomimischen Andeutung auf den Kopf setzte. Ein wirklich Schwach- oder Blödsinniger würde durch eine Mütze, die er fast vier Monate im Gebrauch hat, schwerlich in derartiges Staunen versetzt worden sein, sondern sie ohne Weiteres aufgesetzt haben.

Intelligentere Kameraden, die in letzter Zeit mit ihm auf einer Stube wohnten, sagten aus, dass er den ganzen Tag theilnahmlos dasitze, bei Nacht ruhig schlafe, esse, was man ihm gebe, auch thue, was man verlange, mit Ausnahme des Putzens. Bei Scherzen, die mit ihm gemacht worden, z. B. beim Aufsetzen eines Papierhutes, habe er manchmal ein Lachen nicht unterdrücken können.

Im Lazareth zeigte er sich in den ersten Tagen ganz ebenso wie am 16. Februar. Objective Krankheitssymptome fanden sich nicht. Um ihn aus der völligen geistigen Apathie aufzurütteln, wurden nach einiger Zeit kalte Douchen und der elektrische Strom angewendet und zwar mit dem besten Erfolg. Er wurde dabei sehr lebhaft und auch nachher im Ganzen theilnehmender, insbesondere wusste ein deutsch und polnisch sprechender Kranker Antworten von ihm zu erlangen. Dieser Mann machte auch bald die Beobachtung, dass sich S. stumpfsinniger geberdete, wenn einer der Aerzte im Zimmer war. Von Wahnideen und Hallucinationen war bei S. nichts zu bemerken, dagegen äusserte er den Wunsch, nicht in die Compagnie zurückzukehren, sondern bei einem anderen Regiment zu dienen. weil dort ein Landsmann von ihm Unter-

officier sei. Als nun der angeführte Kranke ihm die Gewährung dieses Wunsches in Aussicht gestellt, ausserdem ihm aber ernstlich gesagt hatte, dass die Aerzte sein Benehmen nur für Verstellung hielten und er unter allen Umständen seine Zeit abdienen müsse, trat eine plötzliche und vollständige Veränderung seines Wesens ein. Am 28. Februar schien der Stumpfsinn verschwunden, in aufrechter Haltung mit normalem Gesichtsausdruck gab S. auf alle Fragen richtige, zutreffende Antworten. Auf das Vorhalten seines bisherigen seltsamen Benehmens erklärte er, er habe sich nicht verstellt, es sei ihm „dumm im Kopfe" gewesen, weil ihn die „alten Leute" schlecht behandelt hätten. Ueber seine Jugendzeit äusserte er sich klar und verständig, erzählte, dass er in der Schule polnisch lesen und schreiben und deutsch lesen gelernt habe. Er nannte die fünf Welttheile richtig, wusste, dass er in Europa lebe, und dass die Bewohner von Afrika schwarz seien. Deutschen Druck las er, angeblich ohne ihn zu verstehen, die deutsche Adresse an seinen Vater schrieb er recht gut, ebenso einen kurzen Lebenslauf in polnischer Sprache ohne jede Hilfe.

Nachdem dies Verhalten acht Tage unverändert geblieben, führte ein ärztliches Gutachten aus, dass er weder an angeborenem Schwachsinn, noch an erworbenem Blödsinn leide, denn beide Krankheitszustände seien erfahrungsmässig dauernder Natur und könnten keinen Falls so plötzlich aufhören, wie bei S. geschehen. (Eigene Beobachtung.)

13. Ein zu einem Cavallerie-Regiment ausgehobener Rekrut N., bis dahin ganz gesund, erkrankte am Ende des Marsches aus dem Regimentsstabs-Quartier nach seiner Garnison anscheinend an Geisteskrankheit. Er fiel durch „irre Reden und unsinnige Geberden" auf, schien seine Kameraden gar nicht zu verstehen, und liess Koth und Urin in's Bett gehen. In das Lazareth der kleinen Garnison gebracht, starrte er dort jeden wie blödsinnig an, gab auf deutsche Anrede gar keine Antwort (während sich später herausstellte, dass er Deutsch versteht und spricht), und später erklärte er dem polnisch redenden Wärter, dass er seit dem Tode seines Vaters krank sei. In der folgenden Nacht schlief er gar nicht, sondern sprach und pfiff beständig, auch beschmutzte er sein Bett mit Urin. Am andern Tage wurde ihm ernstlich gesagt, dass in Zukunft derartige Unreinlichkeiten sehr streng bestraft werden würden und sind dieselben seitdem auch nicht wiederholt worden. Schon am Nachmittag legte sich N. zu Bett und schlief den ganzen Nachmittag und die folgende Nacht sehr fest. Ueberhaupt war er von diesem Tage an ruhig, unterhielt sich auch auf Deutsch mit seinen Mitkranken (unter Anderem erzählte er ihnen, dass er auf dem Marsche faules Wasser getrunken habe und davon so krank geworden sei), nur auf die Fragen des Arztes gab er meist verkehrte Antworten. Nachdem er fünf Tage hintereinander die kalte Douche bekommen, welche ihm sehr unangenehm war, zeigte er vom 21. November ab (11 Tage nach seiner Aufnahme) keine Spur mehr von Geisteskrankheit und bat zu seiner Schwadron entlassen zu werden, was auch am 8. December geschah. Bei der Schwadron wurde er nach kurzer Zeit des Dienstes wieder überdrüssig und zeigte sein früheres Benehmen, gerirte sich als des Deutschen un-

kundig und führte Befehle geradezu in entgegengesetztem Sinne aus. Er wurde deshalb mit zwei Tagen Arrest bestraft und auf dem Wege dorthin (20. December) bekam er einen Krampfanfall, welcher leider ärztlich nicht beobachtet werden konnte. Unmittelbar nach dem Anfall fand ihn der Arzt im Arrest regungslos und anscheinend apathisch liegen, in jeder Stellung, die ihm gegeben wurde, verharrend. So lag N. den ganzen Tag, sobald Jemand zu ihm in die Arrestzelle trat. Da es sich aber herausstellte, dass er in der Ecke der Zelle urinirt hatte, so lag der Beweis vor, dass er nicht beständig in dieser Lage verharrt haben konnte. Erst am anderen Tage verlangte er zu essen und benahm sich von da an verständiger.

Am 9. Januar des folgenden Jahres wurde N. zur Beobachtung und commissarischen Untersuchung seines Geisteszustandes in ein grösseres Lazareth gebracht. Daselbst suchte der wohlgebaute, auch an Schädel und Gesicht keine Abnormitäten zeigende, gesund aussehende Mann zunächst eine vollkommene Indolenz zu simuliren. Er sprach von selbst gar nicht, antwortete auf deutsche Fragen nie, auf polnische zögernd und nur in polnischer Sprache. Er wiederholte seine früheren Angaben, dass er durch Trinken faulen Wassers „krank im Kopfe" geworden sei. Um genauere Mittheilung dieses Krankseins befragt, behauptete er, Kopfschmerz und Schwindel, sowie Schmerzen in beiden Seiten wie in Armen und Beinen zu haben. Einige Male lehnte er in den ersten Tagen das Essen ab, ass aber nachher, als er sich unbeobachtet glaubte. Wahnvorstellungen oder Hallucinationen waren nicht festzustellen. Schon nach vier Tagen wurde N. die Rolle des Melancholikers langweilig, er fing an, sich mit seinen Mitkranken in deutscher Sprache zu unterhalten, und zwar durchaus verständig; auch las er deutsche Bücher. Dem Arzt gegenüber blieb er zunächst zurückhaltend, und wiederholte seine Klagen über Schmerzen in allen möglichen Körpertheilen. Am 15. Januar erhielt er die Douche, welche wieder von vorzüglicher Wirkung war. Am 16. fühlte er sich viel besser, am 21. völlig gesund. Während sich von da ab keine geistige Störung mehr zeigte, behauptete er bald, er sei doch krank, bald, er sei gesund. Auf den Widerspruch aufmerksam gemacht, meinte er dann, er sei nur „stundenweise" krank.

Hinsichtlich der Anamnese gab er an, während seine Mutter und vier Geschwister gesund seien, wäre er vor seiner Einstellung stets krank gewesen, habe auch an epileptischen Krämpfen gelitten. Für diese Behauptung konnte er jedoch keine anderen Zeugen, als seine Mutter und seinen Schwager anführen. Dagegen erklärte der Ortsvorstand, dass N. vor seiner Einstellung weder an Geistesstörung gelitten, noch sonst jemals einer ärztlichen Hilfe bedurft habe. Auch habe N. in verschiedenen Processsachen sein Zeugniss zu Gunsten seines Schwagers abgelegt, ohne dass einer der Gegner seine Zurechnungsfähigkeit angezweifelt hätte. Endlich wurde angeführt, dass aus jener Gegend ein Mann von demselben Regiment wegen Geistesstörung zurückgekehrt sei und N. hierdurch zur Simulation angeregt sein könne. — Nach zweimonatlicher Beobachtung wurde das Gutachten abgegeben 1., dass N. zur Zeit geistig gesund

sei, 2., dass sein Gebahren in seiner früheren Garnison mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht als Krankheit, sondern als Simulation zu erachten sei. (Eigene Beobachtung.)

Die Verbrecher suchen sich meistens in recht drastischer Weise als Geisteskranke zu produciren. Hatten sie Gelegenheit, einen Geisteskranken zu beobachten, so copiren sie denselben zuweilen mit vielem Geschick (conf. Fall 16). In der grossen Mehrzahl der Fälle aber ist ihr Benehmen in Folge der Unkenntniss der wirklichen Symptome ein solches, dass sie von dem erfahrenen Irrenarzt bald als Betrüger erkannt werden, denn sie stellen die Geisteskrankheit gewöhnlich so dar, wie es der Schauspieler auf der Bühne thut und wie sie sich der Laie vorzustellen pflegt, d. h. sie übertreiben sichtlich die einzelnen Symptome, sie glauben nicht unsinnig genug erscheinen zu können (conf. in Fall 12 S. und seine Mütze).

14. Casper (l. c. Casuistik 164) erzählt einen Fall, wo ein viel bestrafter Verbrecher C. schon in der Voruntersuchung wahnsinnige Reden führte, sich ungeberdig benahm und zwar in so dummer Weise, dass an eine wirkliche Geisteskrankheit nicht zu denken war. Mehrfache Sturzbäder bewogen ihn, sich ruhiger zu verhalten. Als die Hauptverhandlung beginnen sollte, fing C. auf der Anklagebank an zu toben, zu schreien und um sich zu schlagen. Casper setzte mit ausführlichen, auch dem C. zugänglichen Gründen auseinander, warum er C. für geistig gesund erachten müsste und wandte sich schliesslich an den Letzteren, um ihm zu erklären, dass sein Benehmen nicht das wirklicher Verrückter, sondern ein schlechtes Zerrbild sei. C. wurde sofort ruhig, beantwortete jede Frage wie ein gesunder Mensch und die Verhandlung blieb ferner ungestört.

Ausser der Uebertreibung ist es besonders die Inconsequenz, welche zur Entlarvung führt. Geisteskrankeit vorzutäuschen ist eine beschwerliche Rolle und daher fällt der Simulant bei längerer Beobachtung leicht aus der Rolle, besonders wenn er sieht, dass er keinen Glauben findet. Er pflegt dann meistens nur zu leugnen, dass sein bisheriges Verhalten auf Simulation beruhte.

15. Ein als dreijährig Freiwilliger eingetretener Rekrut wurde des „Soldatspielens" bald überdrüssig. Er meldete sich zunächst mit Klagen über Brustschmerzen, wurde jedoch abgewiesen. Nach einiger Zeit versuchte er Epilepsie zu simuliren; nachdem eine Beobachtung im Lazareth nichts ergeben, wurde er ernstlich verwarnt wieder zum Dienst geschickt. Von einem Urlaub, den er wegen schwerer Erkrankung seiner Mutter erhalten hatte, kehrte er nicht rechtzeitig in die Garnison zurück

und wurde in der Nähe seiner Heimath von einem Gensdarmen verhaftet. Er trug Civilkleider, seinen Militäranzug fand man später am Ufer der Weichsel, wo er offenbar deponirt war, um die Vermuthung zu erregen, er sei ertrunken. Wenigstens gab er selbst an, er habe den Versuch gemacht, sich zu ertränken. Nachdem er vier Tage im Arrest gewesen, begann er Geistesstörung zu simuliren und wurde zur Beobachtung in's Lazareth gebracht. Dort lag er zunächst beständig still, die Augen starr nach der Decke gerichtet. Auf die Frage, ob er dort etwas sehe, erwiderte er, seine todte Mutter erscheine ihm im weissen Kleide. Auf alle Fragen, auch die einfachsten, antwortete er erst nach einiger Ueberlegung, bald richtig, bald ganz verkehrt und beziehungslos. Die angebliche Hallucination behandelte er in seltsamer Weise. Bald bittet er, seine todte Mutter nicht wegtreiben zu wollen, bald, ihn selbst zu seiner Mutter in's Grab zu legen. Auf die Frage, ob er Stuhlgang gehabt hätte, antwortete er z. B. „wenn die Mutter erlaubte, dann gehe er". Ebenso schreibt er Briefe an die Eltern und Geschwister, in denen er angiebt, er vermuthe, die Mutter sei gestorben, da sie ihm im weissen Kleide erschienen sei. Einen anderen Brief richtete er direct an die todte Mutter.

Die Heilung wurde bei diesem Simulanten, den man von vornherein als solchen erachtete, dadurch beschleunigt, dass er zur Ersparung von Wärterkräften mit einem wirklich Tobsüchtigen im selben Zimmer gehalten wurde. Schon nach vier Tagen gestand er ein, dass er nur simulirt habe und bat um ein anderes Zimmer.

16. Eine lehrreiche Ausnahme von der gewöhnlichen Inconsequenz der Simulanten zeigt der folgende Fall, in dem selbst ein so vorsichtiger und misstrauischer Beobachter, wie Casper (l. c. Casuistik 177) getäuscht werden konnte. G. 29 Jahr alt, gross und sehr kräftig und bereits bestraft, war wegen Verdachts wiederholten schweren Diebstahls verhaftet. Am ersten Tage verhielt er sich ruhig, aber schon am Abend zeigten sich anscheinende Wahnvorstellungen, die in den nächsten Tagen anhielten. Als Casper ihn behufs Exploration besuchte, fand er ihn in seiner Zelle mit unruhigen Schritten auf und ablaufend und vor sich hin sprechend, ohne von seiner Umgebung Notiz zu nehmen. Er sprach auf Befragen von „Schwarzen", den Thieren, die an der Wand emporkröchen und zeigte einen „Beelzebub", den er gefangen habe, indem er einen umgestülpten Becher emporhob, unter welchen er ein Stückchen Stroh und Spinnwebe gelegt hatte. Dabei erschien G. aufgeregt, leicht weinend, auch sagte der Gefängnisswärter aus, dass G. in der Nacht sehr unruhig sei. Der ganze Zustand erschien wie Säuferwahnsinn und wurde G. in der Irrenabtheilung der Charité translocirt. Dort zeigte er in mehrmonatlicher Behandlung das Bild der tiefsten geistigen Depression. Er stand Tagelang unbeweglich an einem Thürpfosten, sprach kein Wort und stierte vor sich hin. Die allerstärksten Reizmittel, wie ein Haarseil im Rücken, ja sogar ein Brenncylinder auf dem Rücken abgebrannt, waren nicht im Stande, ihn aus seiner Apathie zu erwecken. Als doch trotz alledem eine Prüfung auf Simulation nothwendig schien,

wurde er chloroformirt, zeigte sich aber unmittelbar nach dem Erwachen gerade so apathisch als vorher und aller Verdacht auf Simulation schwand. Eines Morgens beim Herunterführen zum Bade fand G. Gelegenheit zu entwischen. Er begab sich sofort zu Bekannten und Complicen, die nachträglich aussagten, dass er ihnen vollkommen geistesgesund vorgekommen wäre, betheiligte sich anscheinend auch an neuen Diebstählen, wurde jedoch in den nächsten Wochen wieder aufgefunden und verhaftet. Er erschien dem verhaftenden Schutzmann ganz verständig, warf aber plötzlich Letzterem Schnupftabak in die Augen, offenbar um sich der Verhaftung zu entziehen. Unmittelbar nach seiner Einlieferung zeigte er sich wieder völlig geistesverwirrt. Er ging mit gerunzelter Stirn und stierem Blick, die Arme verschränkt, auf und ab oder sah stier zum Himmel, sprach auch in der versuchten Unterredung nichts als: „Ja wohl — alles das Meinige genommen, ja wohl.“ Dies Benehmen setzte er wochenlang fort und seine Mitgefangenen versicherten, dass er keinen Augenblick anders erschienen sei. Die Nächte waren aber stets ruhig und die vegetativen Functionen gingen regelmässig von Statten. Der Versuch, ihn durch Erwecken aus dem Schlaf zu entlarven, misslang, er sah den Wächter an, sprach nichts und legte sich ruhig auf die andere Seite. Was aber Haarseil, Moxe, Chloroform und Pockensalbe nicht vermocht hatten, vermochte endlich der Hunger. G. wurde auf minimale Kost gesetzt. Eine Woche lang hielt er auch diese Qual aus, ohne sich irgendwie zu verrathen, obgleich ihm die Fortsetzung der Kur angedroht wurde. Nach 9 bis 10 Tagen jedoch verlangte er mit rohen Redensarten zu essen und war von seiner Geisteskrankheit geheilt, welche auch nicht recidivirte, nachdem ihm Casper erklärt hatte, dass in letzterem Falle sofort wieder die Hungerkur beginnen würde.

Es ergab sich übrigens, dass G. einen wirklichen Geisteskranken, den Casper deshalb aufsuchte und beobachtete, getreu copirt hatte.

Die Ansicht (Casper), dass derjenige, welcher sich selbst als geisteskrank bezeichnet, immer ein Simulant ist, weil der wirklich Kranke sich stets für gesund hält und den Vorwurf der Verrücktkeit mit Entrüstung zurückweist, ist wenigstens in dieser Allgemeinheit nicht zutreffend. Leute, die an periodischer Manie oder an Geistesschwäche leiden, wissen in Folge der Erzählungen und Vorwürfe ihrer Umgebungen sogar gewöhnlich, dass sie „schwach im Kopfe“ seien. Noch weniger ist der Hinweis auf den physiognomischen Habitus des wirklich Geisteskranken gerechtfertigt, denn der Letztere zeigt sehr häufig durchaus nichts Auffälliges. Dagegen wenn ein Mensch zwei Jahre lang bewusst- und gefühllos liegt (cf. den von Gaulcke mitgetheilten Fall, Vierteljahrsschr. f. gerichtliche Medic. 1877) so ist die Annahme der Simulation wohl eo ipso auszuschliessen.

Schmetzer l. c. berichtet allerdings einen Fall vom Jahre 1811, wo ein englischer Deserteur drei Monate wie leblos still gelegen und auch, als man ihm zu Heilungszwecken „die Kopfschwarte ablöste," sich nicht gerührt, sondern „nur ein Mal geseufzt" habe. Nachdem er wegen dieses Zustandes entlassen worden, habe er zwei Tage darauf seinem Vater beim Dachdecken geholfen. Ob aber die Quelle, aus der S. geschöpft hat, zuverlässig war?

Was die einzelnen Formen anbetrifft, so ist Simulation von Tobsucht gerade ihrer Auffälligkeit wegen ziemlich beliebt. Dieselbe erfordert jedoch selbst bei kürzerer Dauer einen Aufwand von Kraft, bei welchem der Gesunde sich sehr bald erschöpft. Der Simulant macht daher Pausen, wenn er sich unbeobachtet glaubt und nach einiger Zeit — schläft er von selbst ein, während der Kranke auch auf grosse Dosen von Narcoticis nicht reagirt.

17. Ein Militärgefangener simulirte Geisteskrankheit, tobte die ganze Nacht in seiner Zelle umher, warf unter anderem den Spucknapf durch das geschlossene Fenster auf den Hof und sprach auch im Laufe des folgenden Tages so ungereimt, als möglich. Es hatte den Mann offenbar sehr ermüdet, dass er sich die ganze Nacht wach erhalten hatte und in Folge dessen schlief er die nächste Nacht von Abends 9 Uhr bis zum anderen Morgen, ohne ein einziges Mal aufzuwachen. Er gab später die Simulation als aussichtslos auf. (Eigene Beobachtung.)

18. v. Krafft-Ebing theilt in seiner Psychopathologie (Stuttgart 1881) nach Marandon, Annal. med. psychol. 1879, nachstehenden Fall von Simulation einer Nothzucht und nachfolgender Geistesstörung mit, durch welche ein angesehener Mann in Untersuchungshaft gebracht wurde.

Die Wittwe E., eine unschöne Person von 32 Jahren, hatte für eine rechtliche, fleissige Frau gegolten und in der Fabrik eines reichen Kaufmanns Arbeit gefunden. Diesen Kaufmann hatte sie verdächtigt, dass er sie mit Anträgen verfolge und dadurch sich Sympathien und Geldunterstützungen Seitens wohlwollender Familien verschafft. Letztere erhielten anonyme Briefe, worin der Lebenswandel der Frau E. verdächtigt wurde, und erachtete man dieselben als von dem Kaufmann ausgehend, welcher die E. wahrscheinlich in Noth bringen wollte, um sie seinen Wünschen gefügiger zu machen. Man unterstützte die E. in Folge dessen noch reichlicher. Einige Wochen später kam die E. des Abends klagend zu ihren Freunden und erzählte, dass ihr der Kaufmann Gewalt angethan hätte. Bald darauf wurde sie irrsinnig, schrie, zerriss ihre Kleider und delirirte, als ob sie sich gegen unzüchtige Angriffe wehrte. Ins Irrenhaus gebracht tobte sie in dieser Weise noch eine Stunde fort, wurde dann ruhiger, ass und schlief die ganze Nacht. Am anderen Morgen zeigte sie nichts Pathologisches. Sie hatte verschiedene Hautabschürfungen und Contusionen, die jedoch einige Tage alt waren. Die Untersuchung der Genitalien gestattete sie erst am vierten

Tage, wo sich nichts Krankhaftes fand trotz angeblicher Schmerzen. Sie wiederholte ihre Angaben über das an ihr verübte Attentat bis ins kleinste Detail. Als der Arzt ihr seinen Verdacht auf Simulation äusserte, erschien sie betroffen und am nächsten Morgen begann sie wieder zu toben. Sie wiederholte jedoch nicht den früheren Anfall, sondern copirte Maniakalische, die sie inzwischen gesehen, schwatzte und tanzte. Doch täuschte ihr Benehmen den Arzt nicht, auch wurde sie bald erschöpft und zeigte sich nur dann maniakalisch, wenn sie beobachtet wurde. Mitten in ihrer Erregung gab sie genau Acht auf das, was der Arzt sagte und anordnete. Der Anfall dauerte drei Tage und zwei Nächte, worauf die E. in fünfzehnstündigen Schlaf verfiel und gesund erwachte. Als man ihr nun eröffnete, dass sie durchschaut sei, simulirte sie eine vage Nervenkrankheit mit Ohnmachten, Herausfallen aus dem Bett und bewusstlosem Liegenbleiben. Man liess sie ruhig liegen und danach kroch sie von selbst ins warme Bett zurück. Endlich fing sie an Hustenanfälle und Blutspeien zu simuliren; als Quelle der Blutung fand man Reibung der Zunge an einem cariösen Zahn.

Die Erforschung des Vorlebens ergab, dass der Ruf der E. besser gewesen war, als er nach ihrer Aufführung an anderen Orten verdiente. Sie war eine kokette Dirne gewesen, hatte im Rufe einer Ehebrecherin und Heuchlerin gestanden. Einen Geistlichen hatte sie mit angeblichen Heiligenvisionen angeführt, ihren Mann bestohlen und andere in Verdacht gebracht, schliesslich einen an ihr begangenen Mordversuch fingirt und sich mit einem Liebhaber in der Welt umher getrieben. Durch Schwindeleien hatte sie überall sich interessant gemacht, um Geldunterstützungen zu erhalten. Das Gutachten warf die Frage auf, ob dieses Simuliren und Heucheln vielleicht seinen Grund in Hysterie finde, indessen die E. war weder erblich belastet noch je hysterisch gewesen.

Melancholie wird äusserst selten simulirt. Man kann sagen glücklicherweise, denn dieselbe erfordert kein aktives Hervortreten des Betrügers und würde in ihren leichteren Graden nicht schwierig darzustellen sein. Schwere Melancholie ist allerdings kaum wahrheitsgetreu vorzutäuschen.

Jede Regel hat ihre Ausnahmen. So berichtet F. Siemens (Arch. f. Psych. XIV. 1883) über einen Fall, in dem ein 55jähriger Lehrer sich freiwillig in einer Irrenanstalt meldete und dort sehr gut Melancholie simulirte. Nachträglich stellte sich heraus, dass er wegen Urkundenfälschung angeklagt war.

Bei angeblich vorhandenen fixen Ideen lässt sich der Simulant zu Inconsequenzen in seinen Aeusserungen verleiten. Verrücktheit sucht er darzustellen, indem er aller Logik hohnsprechende Reden führt, während der wirklich Kranke auf ganz folgerichtigem Wege aus falschen Prämissen zu falschen Schlüssen

kommt oder seinen abnormen Gemüthszustand in oft sehr scharfsinniger Weise zu motiviren sucht.

Bei Geistesschwäche zeigt sich die Inconsequenz des Simulanten darin, dass er im Gespräch sich auffällig beschränkt geberdet, über die gewöhnlichsten Dinge nicht genügende Auskunft zu geben weiss, dagegen über alle Momente, welche ihn bei dem angeschuldigten Vergehen exculpiren könnten, sich sehr geläufig auslässt, oder aber man findet das Umgekehrte: der angeblich Schwachsinnige lässt sich im längeren Gespräch verleiten, über Dinge und Verhältnisse ganz zutreffende Urtheile abzugeben, sobald man jedoch sein Vergehen berührt, stellt er sich wieder wie blödsinnig.

19. Casper (l. c. Casuistik 176) erzählt: Ein ausserhalb Berlins wohnender Mehlhändler war einer erheblichen Steuerdefraudation wegen angeklagt und im Laufe der Untersuchung geistig erkrankt. R. wurde vier Monate im Irrenhaus als Kranker behandelt und endlich „ungeheilt" entlassen. Mehrfach wurde R. zur Untersuchung vorgeführt und erschien jedes Mal in Begleitung seiner Ehefrau. Mit vornüber gebeugtem Kopfe und stieren, unbeweglichen, glotzenden Augen sass er schlaff und zusammengesunken da und vermochte auf die einfachsten Fragen nach seinem Namen, Geschäft, Familienverhältnissen keine andere Antwort zu geben, als ein kurzes „ich weiss nicht", wobei er jedes Mal erst seine Frau ansah. Wiederholt musste Casper erklären, dass mit diesem offenbar schwachsinnigen Menschen nicht gerichtlich zu verhandeln sei und hatte den Fall fast vergessen, als ihm Jahr und Tag später mit den Acten die Aufforderung zuging, den R. abermals zu untersuchen, welcher einer neuen Steuerdefraudation angeschuldigt und überführt war. Nach den Akten war das Vergehen mit viel List und Gewandtheit ausgeführt worden. Casper überraschte den Mann mit seinem Besuch, traf ihn in seinem Ladengeschäft und merkte sogleich, dass er nicht wieder erkannt wurde. Ein Gespräch mit ihm anknüpfend, als wolle er verschiedene Artikel im Grossen ankaufen, fand er einen lebhaften, auf Alles rasch und wie gewöhnlich eingehenden Kaufmann, der auf jede Frage die bereiteste Antwort gab. Plötzlich trat die Frau des R. in den Laden, welche Casper erkannte und mit seinem Namen begrüsste. Sofort wurde R. still, liess wie früher die Unterlippe hängen, hörte auf zu antworten, wusste auf die einfachsten Fragen nichts zu erwidern u. s. w.

Sobald die Beurtheilung des Falles nicht ohne Weiteres klar ist, müssen wir durch möglichst genaue Erforschung des Vorlebens, durch Untersuchung nicht nur der geistigen, sondern auch der körperlichen Verhältnisse uns ein Bild der ganzen Persön-

lichkeit des Explorariden zu construiren suchen. v. Krafft-Ebing l. c. weist mit Recht auf die unumgängliche Nothwendigkeit dieser Untersuchung bei Beurtheilung irgendwie zweifelhafter Geisteszustände hin. Es genügt nicht, zu erweisen, dass ein Mensch im einzelnen Falle simulirt, denn Simulationen kommen auch bei wirklich Geisteskranken und bei beginnender Geistesstörung durchaus nicht selten vor, besonders bei Schwachsinnigen, wo sie meist durchsichtig sind und bei hysterischem Irresein, wo sie grosse Schwierigkeiten bieten können. Bei Hysterischen ist es zuweilen gar nicht möglich, festzustellen, wie weit bewusste Lüge oder Selbsttäuschung vorliegt und können diese Personen durch falsche Anschuldigungen anderer sehr gefährlich werden. (Es ist besonders auch die gesteigerte geschlechtliche Erregbarkeit solcher Personen zu berücksichtigen, die zuweilen zu Beschuldigungen — so auch des Arztes bei Chloroformirungen — wegen Nothzucht geführt hat.)

20. Ein schwachsinniger Rekrut, der im Dienst wenig Anerkennung gefunden und von seinen Kameraden recht schlecht behandelt worden war, simulirte Taubstummheit. Die Klugheit des Mannes mag man daraus ermessen, dass er zwei Mal zu verschiedenen Zeiten und vor verschiedenen Personen hörte und sprach, auf diesen Vorhalt hin seine Simulation aber dennoch fortsetzte. Obwohl natürlich Niemand an seine Taubstummheit glaubte, wurde er wegen geistiger Beschränktheit als untauglich entlassen und dient nun vielleicht manchem als Beweis dafür, wie leicht die Aerzte zu täuschen sind. (Eigene Beobachtung.)

Auch der als „schlafender Ulan in Potsdam" durch die Zeitungen allgemein bekannt gewordene Fall (cf. Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift 1876, Heft 6. Verhandl. der Berl. milit.-ärztl. Ges.) dürfte als Simulation bei beginnender, später zweifelloser Geisteskrankheit zu erklären sein.

Einen anderen instructiven Fall von Lügen und Simulation eines Geisteskranken theilt Böhr in Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin 1878, S. 201 mit.

21. Einen bemerkenswerthen Fall, wie eine an Epilepsie leidende Person zehn Jahre lang die verschiedensten gerichtlichen Behörden gefoppt und sechs Aerzte, darunter drei gerichtliche und einen berühmten Professor der Irrenheilkunde getäuscht hat, erzählt Casper (l. c. Casuistik 174).

Charlotte Louise Glaser tauchte zuerst 1847 in Berlin auf, wo sie 23 Jahre alt als obdachs- und legitimationslos ins Arbeitshaus gebracht wurde; sie nannte sich auch verehelichte Kuffner, wollte Kunstreiterin und Pflegetochter eines Kunstreiters Wohlbrück (welcher nie existirt hat) sein und ihre eigentlichen Eltern nicht kennen. Am 11. August

entlassen, wurde sie schon am 20. wieder verhaftet „wegen liederlichen Umhertreibens und Verdacht der Winkelhurerei“ und da sie syphilitisch war, zur Charité gebracht. Am 20. October kam sie ins Arbeitshaus zurück und blieb dort bis zum 31. März 1848. Schon am 2. April wurde sie wieder als obdachslos verhaftet und gab nun an, dass sie sich „bis vorgestern fast ununterbrochen ein Jahr lang wegen Geisteskrankheit in der Charité befunden habe.“ Sie fing nun an zu toben, ihre Kleider zu zerreissen und alles zu zerschlagen, so dass sie am 6. April wirklich in die Irrenstation der Charité überführt wurde. Sie hatte dort Teufelsvisionen, bereute bitter ihr liederliches Leben während ihrer angeblichen Kunstreiterzeit, auch wurden bei ihr epileptische Anfälle constatirt. Da die Aerzte an ihrer Geistesstörung nicht zweifelten, fand am 3. April 1849 ein Explorationstermin behufs Blödsinnigkeitserklärung statt. In demselben machte sie die früheren Angaben über Wohlbrück, erzählte sehr ausführlich und ganz richtig mit genauer Angabe der Tagesdata ihre wiederholten Aufnahmen und Entlassungen von Charité und Arbeitshaus, dagegen auf die Frage wie viel 49 — 26 sei, erwidert sie: „so was kann ich nicht beantworten, dazu ist mein Kopf zu schwach.“ Die Begutachter kamen zu dem Urtheil, dass „Implorata gegenwärtig keine auffallenden Spuren von Geisteskrankheit mehr zeigt und anscheinend hergestellt ist.“ Man vertagte deshalb den Termin. Am 1. Mai wurde sie ungeheilt nach dem Arbeitshaus und am 20. Juni von dort auf Urlaub entlassen. Sofort stahl sie einen Anzug in der Familie, in der sie aufgenommen worden und entfernte sich heimlich. Am folgenden Tage verhaftet, konnte sie ihren Namen nicht angeben, sagte, sie sei Christus. Wegen Seelenstörung wurde sie zur Charité gebracht, aber von dort schon am 9. Juli als gebessert zum Arrest zurückgeschickt und von dort am 11. ejd. freigelassen. Bereits am 18. wurde sie wegen liederlichen nächtlichen Umhertreibens wieder aufgegriffen und abermals, diesmal aber wegen körperlicher Leiden, nach der Charité geschickt, wo sie vier Wochen blieb. Hiernach schwindelte sie einer Wittwe K. Kleidungsstücke ab, indem sie sich für die Krankenwärterin von deren Tochter ausgab. Eine ihrer besten Leistungen kommt im October, wo in Spandau die Identität eines ermordet gefundenen Mannes festzustellen versucht wird. Die Glaser tritt unaufgefordert auf, giebt sich für die Ehefrau des Commissionärs Fröhlich aus Driesen aus und erklärt, dass der Ermordete ihr Mann sei. Sie bringt ein solches Gewebe von Thatsachen „mit durchdachter Consequenz“, wie der richterliche Ausdruck lautet, vor, dass die weitgehendsten Recherchen angestellt und die Leiche exhumirt wird, welche dann die Glaser als die ihres Ehemannes nicht rekognoscirt. Nachträglich ermittelt das Gericht, dass ein Fröhlich in D. nie existirt hat. Bei allen Verhandlungen ist Niemanden der Gedanke aufgestiegen, dass die Glaser geisteskrank sein könnte. Letztere wurde am 9. November wieder ins Arbeitshaus gebracht, wo am 8. April 1850 der vertagte Termin bezüglich Feststellung ihres Gemüthszustandes abgehalten wird. Die Glaser spricht das unsinnigste Zeug, verlangt aber, wie auch später, nach Professor Ideler, dessen Urtheil über sie ihr offenbar bekannt ist. Sie wird für

blödsinnig erklärt, aber trotzdem am 30. October aus dem Arbeitshaus entlassen. Nach drei ferneren Kleiderdiebstählen wird sie Anfang 1853 verhaftet und exculpirt sich sofort wieder mit Geistesschwäche. Sie wird aber für geistesgesund erklärt und bestraft. Im Jahre 1855 kommt sie wegen wiederholter Kleiderdiebstähle und Schwindeleien wieder mit den Gerichten in Conflict. Der Criminal-Commissarius erklärt: es ist mir bekannt, dass die Glaser auf freiem Fuss ganz vernünftig ist, jedesmal aber die Blödsinnige spielt, sobald sie zur Haft gebracht wird. Auf Antrag der Vertheidigung wird Professor Ideler als zweiter Sachverständiger requirirt und derselbe erklärte, dass möglicher Weise die That in einer durch epileptische Krämpfe verursachten Geistesschwäche ausgeführt worden sei. In der folgenden Neujahrsnacht wurde die Glaser in M—g bei Berlin auf der Strasse in Krämpfen liegend gefunden und ins Hospital gebracht. Sie war diesmal — sprachlos. Sie blieb es zunächst auch. Erst am dritten Tage schrieb sie auf eine Tafel den Namen Krüger, am siebenten lässt sie sich des Weiteren aus, sie heisse Charlotte Louise Emilie, sei die Frau des Galanteriewaarenhändlers Carl Heinrich Emil Krüger, geborene Kroschel, 41 Jahre alt, evangelisch u. s. w. und nun folgte eine, wahrscheinlich in den Tagen der Sprachlosigkeit überlegte Erzählung eines gegen sie und ihren Mann während einer Marktreise verübten nächtlichen Raubanfalls, wobei ihr Mann und Fuhrwerk abhanden gekommen. Die sonst Geistesschwache schildert ihren Mann, das Fuhrwerk, die Marktkisten, die Wäsche mit ihren Zeichen, Person und Kleidung der beiden Räuber, ihren Hund u. s. w. bis ins Kleinste in langen wiederholten Vernehmungen mit bewunderungswürdiger Consequenz. Der Untersuchungsrichter erlässt auf Grund dieser genauen Angaben einen langen Aufruf in den öffentlichen Blättern. In Folge polizeilicher Ermittelungen geräth die Berliner Polizei auf die Vermuthung, die Krüger könne mit der Glaser identisch sein. Am 31. Januar wird letztere nach Berlin gebracht und erklärt, dass sie in einem Anfall von Wahnsinn von Berlin weggegangen sei, und von dem, was sich mit ihr in M—g ereignet, wisse sie nichts. Nachdem sie hiernach wieder einmal entwischt und Kleidungsstücke gestohlen, steht am 27. Juni Termin gegen sie an, die Glaser verlangt die Zuziehung des Professors Ideler, „der bekunden solle, dass sie geistesschwach sei.“ Es wird ein neuer Termin am 23. Juli in Gegenwart von Ideler und Casper abgehalten. In demselben beginnt die Glaser Teufel zu sehen, auf die Frage wo? sagt sie: „da steht er ja,“ und dringt mit einem Stuhl auf den Vertreter der Staatsanwaltschaft ein, so dass sie entfernt werden muss. Ideler erklärte die Glaser zunächst für unzurechnungsfähig, da aber schriftliche Gutachten von beiden Sachverständigen verlangt wurden und nachdem Ideler aus den Akten ersehen, dass die Glaser in der Freiheit stets geistig gesund gewesen und nur in der Gefangenschaft Zeichen von Geistesstörung geboten hatte, erklärte auch er, dass sie ihn „gröblich getäuscht“ habe, und, obwohl sie an Epilepsie leide, für zurechnungsfähig gelten müsse.

Hat man in genügender Weise das vorangegangene körperliche

und geistige Leben eines Exploranden ermittelt, so wird man auch in zweifelhaften Fällen durch Vergleich mit dem zur Zeit bestehenden Zustand zu einer richtigen Beurtheilung des letzteren gelangen können. Doch soll man sich hierbei hüten, einzelne Indicien zu überschätzen und sein Urtheil auf blossen Möglichkeiten aufzubauen (cf. den vorhergehenden und den folgenden Abschnitt). Ist man seiner Entscheidung nicht sicher, so lasse man sich Zeit. Zuweilen treten später unzweifelhafte Symptome von Geistesstörung auf, zuweilen verräth sich der Simulant, wenn er die Täuschung schon gelungen glaubt. In einzelnen Fällen wird man auch mit derselben Methode, die vorn hinsichtlich der Epilepsie empfohlen worden, zum Ziele kommen, indem man zu einem Begleiter in Gegenwart des Kranken sagt: es fehlten doch gewisse (näher zu bezeichnende) Symptome an der betreffenden Form der Geisteskrankheit. — Beim Erwachen aus der Chloroformnarkose verräth sich wohl auch ein Simulant, jedoch nicht immer (cf. Fall 16).

---

b. Behauptung früherer transitorischer Geistesstörung.

Zu den schwierigsten Aufgaben für den Gerichtsarzt gehört die Begutachtung von Leuten, welche ihre Verbrechen dadurch zu entschuldigen suchen, dass sie in einem demnächst vorübergegangenen Anfall von Geistesstörung gehandelt zu haben behaupten. Diese Art, Geisteskrankheit zu simuliren, ist keineswegs so selten, als von anderer Seite behauptet wird, denn die scheinbaren und leider auch wirklichen Erfolge Anderer, sich auf diese Weise der Bestrafung zu entziehen, können nur verlockend auf den Verbrecher wirken. Sehr häufig nämlich wird der Geisteskranke, welcher in Folge ärztlicher Gutachten freigesprochen wird, von den Laien für gesund erachtet*) und dass eine Täuschung auch der Irrenärzte nicht unmöglich ist, das beweisen die Fälle 16, 19, 21.

---

*) Es geht dem Irrenarzt hierbei wie dem Militärarzt, den auch manch kümmerlicher schmalbrüstiger und krummbeiniger Gesell getäuscht zu haben glaubt, weil er ihm etwas vorzulügen versuchte, das einer Antwort nicht werth war.

Die krankhafte Neigung unserer Zeit, das Individuum zu überschätzen und dagegen die Interessen der Allgemeinheit zurückzusetzen, vor allem den Verbrecher vor allzu rauher Behandlung zu schützen auf die Gefahr hin, die ehrlichen Leute schutzlos zu lassen, — dieser Zug der Zeit, welcher ja als natürliche Reaction gegen die barbarischen Eingriffe früherer Zeiten in das Einzelleben erklärlich, aber darum nicht minder beklagenswerth ist, vereinigt sich mit der Einseitigkeit, von der auch zuweilen der tüchtigste Specialarzt nicht frei ist, überall Spuren der in sein Fach einschlagenden Krankheiten zu finden.*) Die Folge davon ist, dass, vielleicht weniger von wirklichen Irrenärzten (welche ihre praktische Erfahrung vor falscher Anwendung einseitiger Theorien schützt), als von anderen Aerzten Gutachten abgegeben werden, welche jede dem Attestaussteller unerklärlich erscheinende That als ein Zeichen von Geistesstörung deuten und die letztere als bewiesen ansehen, wenn sie irgend ein Indicium anführen können (wie etwa Geisteskrankheit eines Verwandten), welches an sich gar nichts beweist, sondern erst im Verein mit anderen Momenten eine Bedeutung erlangen kann. Derartige Gutachten sind geeignet, und haben auch oft dazu geführt, die ärztlichen Aussprüche in den Augen der Richter zu discreditiren und, wenn sie berücksichtigt werden, die Strafrechtspflege in bedauernswerther Weise lahm zu legen. Der Zweck der Strafrechtspflege (und an der Erreichung desselben sind alle interessirt, auch der Arzt) ist doch der, dem Rechtsgefühl des Volkes Genüge zu thun und die Verbrecher abzuschrecken. Mögen immerhin sehr kluge Leute und schlechte Menschenkenner zu beweisen suchen, dass die Abschreckungstheorie unrichtig ist — ein so klarer Geist, wie Friedrich der Grosse hat es mit dürren Worten ausgesprochen, dass ein Theil der Menschen durch die Furcht vor der Schande, der andere durch die Furcht vor der Strafe bestimmt wird, das Rechte zu thun und das Unrechte zu meiden und dass alle übrigen Beweggründe daneben nur wenig bedeuten. Diese Worte klingen allerdings sehr unharmonisch zu den

*) Ein Specialist hat auch die Behauptung aufgestellt, dass Simulation von Geisteskrankheit bei einem geistig ganz Gesunden gar nicht vorkomme. Wie bequem wäre es für die Herren Hallunken, wenn alle Gerichtsärzte diese Ansicht theilten!

Phrasen, mit denen zu schmeicheln sich die Menschheit gewöhnt hat, aber ihr Zutreffen für die Urtheilsweise der ungeheuren Mehrzahl der Menschen wird von einem unbefangenen Beobachter kaum geleugnet werden können.

Nun erscheint es sehr einfach, zu sagen: Der Geisteskranke handelt im unfreien Zustande, unter der Herrschaft von Wahnideen oder übermächtiger Gefühlserregungen und sein Vergehen kann ihm daher nicht zugerechnet werden, er ist einer Abschreckung unzugänglich und das Rechtsgefühl verlangt keine Sühne durch seine Bestrafung. So einfach liegt die Sache aber nur bei völlig zweifelloser Geisteskrankheit. Unendlich viele Vorgänge stehen jedoch auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit und diese Grenze ist eigentlich nirgends sicher festgestellt. Wann verdient der Charakterfehler, die Leidenschaft, das Laster diesen Namen nicht mehr? wo wird es zur Geistesstörung? Auch das alte „ira furor brevis“ ist ja eine unbestreitbare psychologische Wahrheit, aber es kann doch nur mit Einschränkungen in der Strafrechtspflege gelten. Jeder weiss, dass dem einen in Zorn und Erregung die Selbstbeherrschung leichter wird, als dem andern, — soll darum der letztere straflos sein, wenn er sich nicht beherrscht? Wohin kämen wir schliesslich auf diesem Wege? Jeder Verbrecher ist durch Anlage, Erziehung und Verhältnisse zu dem geworden, was er ist, und wenn man in jedem einzelnen Falle seinen Entwickelungsgang verfolgen könnte, so würde sich ergeben, dass er vom rein humanen Standpunkt aus nichts verdient als unser Mitleid. Aber darum muss er doch bestraft werden im Interesse der Erhaltung der socialen Ordnung. Es ist von anderer Seite zur Genüge ausgeführt worden, dass die sogenannte freie Willensbestimmung nur eine Fiktion sei, dass bei der einzelnen That die angesammelten Vorstellungsmassen in unserem Gehirn, zu denen im Moment der Entscheidung der Mensch nichts hinzuthun oder wegnehmen kann, bestimmend wirken. Ganz wohl, eben darum muss dem Rechtsgefühl Genüge geschehen, denn das Rechtsgefühl untergraben heisst mit anderen Worten nichts anderes, als in Tausenden von Gehirnen die Vorstellung, dass auf das Unrecht unvermeidlich die Strafe folgt, abzuschwächen.

Es würde ferner verkehrt sein, anzunehmen, dass die Furcht vor der Strafe auf Leute, welche zu geistigen Störungen disponirt

sind oder selbst offenbare geistige Abnormitäten zeigen, nicht einwirkte. Diese Einwirkung erstreckt sich sogar auf alle Geisteskranken bis herab zum Blödsinnigen und die Ordnung in unseren Irrenanstalten wäre, wie schon aus dem Verhältniss der Wärter zur Zahl der Kranken einleuchtet, überhaupt nicht aufrecht zu erhalten ohne ein sich von selbst entwickelndes Strafsystem (cf. die vortrefflichen allgemeinen Ausführungen in Spamer's Aufsatz: Der forensische Standpunkt der neueren Psychiatrie u. s. w. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medic. 1877). Mag dies System in vielen Anstalten nominell nur in zeitweiser Entziehung von Genussmitteln bestehen, praktisch bilden es die Krankenwärter in ihrem Interesse noch weiter aus.

Aus allem folgt, dass wenn ein Angeklagter seine That durch angebliche Geistesstörung zu exculpiren sucht, man in den Fällen, wo sich die eine oder andere geistige Abnormität, aber kein zweifelloses Symptom geistiger Störung findet, noch lange nicht für Unzurechnungsfähigkeit sich aussprechen darf, sondern den Lauf der Gerechtigkeit nicht zu hemmen suchen soll. Je nach der Lage der Sache wird man allerdings verminderte Zurechnungsfähigkeit annehmen müssen und zu Justizmorden und Justizverbrechen, die immer befürchtet werden, wird es dann das Mitleid der Geschworenen so leicht nicht kommen lassen. Auch wenn Disposition zu geistigen Krankheiten besteht und selbst wenn später während der Strafverbüssung unzweifelhafte Geisteskrankheit ausbricht, folgt daraus noch nicht, wie oft behauptet wird, dass die Bestrafung des Verbrechers mit Unrecht geschehen. Dann ist es immer noch Zeit, den Kranken in eine Irrenanstalt zu translociren. Der etwaige Einwurf, dass die Strafe vielleicht den Ausbruch der Geisteskrankheit beschleunigt habe, ist nicht gerechtfertigt, denn die Erfahrung lehrt, dass im Gegentheil der Aufenthalt in Anstalten wegen der Ordnung der ganzen Lebensweise und der Unmöglichkeit von Excessen den Ausbruch geistiger Zerrüttung hintanhält, welche letztere gerade dann am schnellsten einzutreten pflegt, wenn der an beginnender Geistesstörung Leidende sich selbst überlassen bleibt.

Selbstverständlich ist auch in diesen Fällen eine genaue Erforschung der ganzen Persönlichkeit und ihres geistigen Lebens sowie vorsichtige Verwerthung des gefundenen Materials geboten.

Es kommen hierbei zunächst die sogenannte erbliche Belastung und verdächtige somatische Symptome in Betracht. Dass Jeder, in dessen Ascendenz ein Mal Geisteskrankheit, Trunksucht, Epilepsie oder andere schwere Nervenleiden vorgekommen, erblich belastet sei, ist eine Annahme, welche sich darauf gründet, dass man bei 60—70 % der Geisteskranken solche Verhältnisse in der Ascendenz gefunden hat. Die Zahl soll nicht bestritten werden, sie würde vermuthlich eine noch grössere sein, wenn man nur genügende Auskunft über die Ascendenten bekäme. Sehr viele Menschen wissen von ihren nächsten Verwandten jedoch fast nichts. Auch sind die aufgeführten Leiden so häufig, dass, wenn man z. B. bei jeder Lungenentzündung nach dem Ascendenten fragte, man wahrscheinlich ebenfalls finden würde, dass die Mehrzahl der Pneumoniker durch erbliche Belastung zu geistiger Krankheit besonders disponirt ist. Jedenfalls ist die Zahl derjenigen erblich Belasteten, welche geistig gesund bleiben, grösser, als die der Erkrankenden. In der That wird, wie man aus manchen Gutachten ersehen kann, der Nachweis der erblichen Belastung vielfach überschätzt und ich führe deshalb zum Schluss v. Krafft-Ebing an, welcher auch den Vertretern sentimentaler Humanität unverdächtig sein wird, und (l. c. Seite 30) wörtlich sagt: „Aus der Thatsache, dass Vater oder Mutter neuropathisch oder gar irrsinnig waren, folgt an und für sich nichts für die Frage des Irreseins beim Nachkommen, sofern nicht Belastungserscheinungen oder geradezu angeborenes Irresein sich erweisen lassen und die Krankheit überhaupt durch andere Thatsachen erwiesen ist.“ Auch soll man nicht jede anscheinende Abnormität als Belastungserscheinung erklären, sondern des landläufigen Spruches eingedenk sein: Einen Tollpunkt hat jeder Mensch.

v. Krafft-Ebing hat selbst einen Fall veröffentlicht (Friedreich's Blätter f. ger. Medic. 1885) in welchem er vor Gericht einen schwerbelasteten Betrüger, der sich sein Lebelang ziemlich närrisch benommen hatte, für „schwach an Verstand“ aber zurechnungsfähig erklärte.

Ebenso scheinen mir Configurationsstörungen des Schädels insofern überschätzt zu werden, als die Art der Veränderung nicht immer kritisch gewürdigt wird. Ungleichheiten der Schädelhälften kommen bekanntlich bei Skoliotischen einfach in Folge der ver-

änderten Haltung des Kopfes, welche wiederum Folge der secundären Skoliose der Halswirbelsäule ist, vor und besitzen diese Leute trotzdem ein gesundes Gehirn. Auch möchte ich an die Misshandlungen erinnern, denen die Schädel der Kinder bei einzelnen wilden Völkerschaften gewohnheitsmässig ausgesetzt werden, ohne dass von Störungen der Hirnthätigkeit berichtet wird.

Ferner haben, wie jeder ältere Praktiker zugeben wird, „Krämpfe in der Kindheit" nicht die Bedeutung, welche ihnen einzelne Psychiater beimessen. Dieselben können durch Obstruction und Gasentwickelung im Tractus intestinalis entstehen, und durch ein einziges Klysma für immer geheilt werden.

Sehr wichtig sind dagegen Störungen der Sensibilität und Motilität, Ernährungsstörungen, Schlaflosigkeit und alle auf ein chronisches Leiden der Centralorgane deutende Symptome.

Von grösster Bedeutung ist endlich die Ermittelung der Geistes- und Charaktereigenthümlichkeiten des Exploranden und der Vergleich derselben mit den Umständen vor, bei und nach der That. Immer muss man dabei nach den Erscheinungen des konkreten Falls und nicht nach allgemeinen Theorien urtheilen. Einzelne Punkte der Beurtheilung wiederholen sich jedoch in den meisten Fällen:

1. Das isolirte Dastehen der That im Leben des Angeklagten, ein Punkt der meist schon vom Richter und von den Geschworenen genügend berücksichtigt wird. Wenn ein stiller und friedfertiger Mensch plötzlich einen barbarischen Mord verübt, so liegt die Vermuthung der Geistesstörung ja nahe.

2. Der Mangel genügender Veranlassung zu der incriminirten That, wobei die grosse Schwierigkeit vorliegt, nicht vom eigenen subjectiven Standpunkt aus zu urtheilen, sondern sich in die Denkweise des Thäters zu versetzen, welche nach Charakterbildung und Geistesentwickelung ausserordentlich verschieden sein kann. Casper (l. c. Diagnose der Zurechnungsfähigkeit) illustrirt diese Verschiedenheiten sehr treffend durch Erzählung zweier wirklich vorgekommenen Morde. M., ein heruntergekommenes Subject, erschlägt eine alte Frau auf der Landstrasse, um ihr etwas Wäsche zu rauben. H., ein gebildeter Forstbeamter geräth in einem öffentlichen Garten in Gegenwart seiner Braut und eines grossen Publikums mit einem rohen Menschen in Wortwechsel und erhält einen Faustschlag in's

Gesicht. Ausser sich zieht H. ein geladenes Terzerol, das er wegen seiner Forstvisitationen stets bei sich führte, und schiesst den Beleidiger durchs Herz. H. würde nicht wegen etwas Wäsche, M. nicht wegen einer Ohrfeige einen Menschen getödtet haben.

3. Die Planmässigkeit der incriminirten Handlung, welche von Laien gern als Beweis geistiger Gesundheit hervorgehoben wird, beweist an sich nichts, sie fehlt bei der transitorischen Tobsucht, ist häufig vorhanden beim Raptus melancholicus und bei zweifellos Wahnsinnigen.

4. Die Amnesie beweist immer Geistesstörung, wenn dieselbe in unverdächtiger Weise festgestellt wird. Natürlich behauptet jeder Simulant, sich auf die incriminirte That nicht besinnen zu können, man muss ihn daher ausführlich befragen und gewöhnlich verräth er sich dadurch, dass er Details weiss, welche mit seiner That zeitlich zusammenfallen. Das Fehlen der Amnesie spricht aber nicht gegen transitorisches Irresein, z. B. besteht gewöhnlich keine Amnesie gerade bei den grässlichen Thaten im Raptus melancholicus; bei Raptus epilepticus ist Erinnerung um so weniger vorhanden, je heftiger der Paroxysmus war.

Die transitorischen Seelenstörungen, welche in Betracht kommen können, sind

1. die transitorische Tobsucht, auch Mania transitoria genannt. Dieselbe besteht in einer ganz plötzlich und scheinbar unmotivirt ausbrechenden, durch Gelegenheitsursachen (Affecte, geringer Alkoholgenuss, Ueberanstrengung, Wochenbett, Temperaturwechsel, Indigestion und Kohlenoxydgasvergiftung) bei (durch schwächende Momente aller Art) Prädisponirten herbeigeführten zornigen Verstimmung mit spontaner Erregung des motorischen Systems, welche sich stets in blinder, sinn- und regelloser Zerstörungswuth gegen die ganze Umgebung, leblose wie lebende, zuweilen gegen die eigenen Kleider, aber nie gegen die eigene Person richtet. Es besteht dabei fluxionäre Hyperämie des Gehirns, Hitzegefühl, der Herzschlag ist stürmisch, die Kraft ausserordentlich erhöht, Lähmungserscheinungen werden nie beobachtet. Bei vollkommenster Ideenflucht, so dass von bestimmtem Wollen und Erinnerung keine Rede sein kann, ist anscheinende Gefühllosigkeit vorhanden, weil die Gefühlseindrücke überhaupt nicht apper-

cipirt werden; die übrigen Sinneseindrücke dagegen werden falsch appercipirt und der bestehenden Stimmung gemäss als Angriff u. s. w. gedeutet. Die Tobsucht tritt sofort in voller Stärke ein und dauert in derselben Intensität, etwa zwei bis längstens zwölf Stunden, bis zu ihrem Ende. (Unterschied von der gewöhnlichen acuten, auch in kurzen Fällen doch Tage lang dauernden, stets ein Prodromalstadium, ein Anwachsen und Nachlassen des Tobens zeigenden Tobsucht, nach welcher immer ein geistiger Defect zurückbleibt.) Mit dem Ende des Anfalls und in Folge der Erschöpfung der motorischen Kraft sinkt der Kranke in tiefen, kritischen Schlaf, aus dem er geistesgesund erwacht. Die Krankheit, im Ganzen sehr selten, tritt meist nur ein Mal im Leben und hauptsächlich bei Männern auf. (Cf. O. Schwartzer, Die transitorische Tobsucht, Wien 1880.)

2. Der Raptus melancholicus, Melancholia activa, acuta oder agitata, der transitorische Angstparoxysmus. Derselbe kann ebenfalls in plötzlichen, abrupten Anfällen mit und ohne vorhergehende oder nachfolgende Melancholie auftreten. Hier interessirt nur der letztere Fall (d. h. ohne Melancholie), welcher stets ein das Gesammtnervensystem schwächendes Grundleiden, wie Anämie überhaupt, Entbindungen, Uterinleiden, Hysterie, Herzleiden, Alkoholismus u. a. zur Voraussetzung hat. Ein Stadium gemüthlicher Verstimmung geht oft voraus, wird aber häufig übersehen. Diese Verstimmung kann sich plötzlich zu unerträglicher Seelenangst, Schrecken und Verzweifelung steigern, welche sich in dem bleichen Gesicht auch mimisch ausdrücken. Dieser grässliche Seelenzustand ist das Charakteristische, der Befallene sucht sich desselben zu entledigen durch adäquate grässliche Thaten, die sich gegen seine nächste Umgebung, oft gegen geliebte Angehörige, auch gegen die eigene Person richten Das Bewusstsein ist dabei nicht oder wenig gestört, der unglückliche Kranke weiss, dass er Strafbares plant, hat einen mehr oder minder heftigen Seelenkampf vor der That zu bestehen, warnt auch wohl vor sich selber. Zuweilen treiben Hallucinationen und Illusionen den Kranken zu wüthender Abwehr vermeintlicher Angriffe und Verfolgungen und dann gewinnt der Anfall äussere Aehnlichkeit mit der transitorischen Tobsucht. Die motorische Bewegung ist beim Angstparoxysmus aber immer

willkürlich und auf einen bestimmten Zweck gerichtet (nicht zwecklos und blind zerstörend). Nach Ausführung der That tritt stets eine gewisse Erleichterung ein, erst später findet sich die richtige Würdigung des Geschehenen, welche meist zu bitterer Reue, oft zu Selbstmord führt. Diese Anfälle, welche im Ganzen selten sind, werden häufiger bei Frauen, als bei Männern beobachtet, können sich wiederholen, aber auch vereinzelt im Leben auftreten.

3. Der Raptus epilepticus, schon früher beschrieben (cf. S. 38), steht dem geschilderten Angstparoxysmus nahe, unterscheidet sich von ihm aber dadurch, dass das Bewusstsein meist sehr erheblich gestört oder ganz aufgehoben ist, und dass er mit einem soporösen Schlaf endet, der bei dem Angstparoxysmus fehlt.

Die übrigen als „epileptisches Irresein" bezeichneten Zustände, epileptoide Zustände nach Griesinger, die Traum- und Dämmerzustände von Krafft's sind sehr verschiedener Art, haben aber das Gemeinsame, dass sie plötzlich und unvermittelt (wie der reine epileptische Anfall) auftreten, das Bewusstsein mindestens in hohem Grade beeinträchtigen, von kurzer Dauer sind, und stets häufig und in ziemlich unveränderter Weise sich wiederholen. Gerade letzterer Umstand charakterisirt sie und sichert ihre Diagnose.

4. Schlaftrunkenheit ist eine Verlängerung des Uebergangsstadiums des Erwachens, in welchem die Rückkehr zu vollem Bewusstsein und besonnenem Handeln dadurch verzögert wird, dass noch Traumvorstellungen den Geist beherrschen und die Sinnesapperceptionen diesen Vorstellungen entsprechend verfälscht werden. Der Schlaftrunkene verkennt seine Umgebung, und wenn er sie als feindlich deutet, so können dadurch Gewaltacte (meist gegen nahe Angehörige) veranlasst werden. Dieser Zustand tritt besonders leicht beim Erwachen aus sehr tiefem Schlaf ein, dauert stets nur wenige Minuten, führt nicht eben häufig zu gerichtlichen Verfahren und ist wohl selten verkannt worden.

5. Transitorisch-neuralgische Dysthymien (Dysphrenien). Heftige und länger andauernde Schmerzen, besonders in Folge von Neuralgien (frontale, epigastrale und hypogastrische), aber auch nach Verletzungen und Operationen, können zu kurzen, Minuten bis Stunden dauernden Anomalien des Sinnes-, Vorstellungs- und Gefühlslebens führen, deren Symptome ausserordentlich verschieden

sein und selbst als Tobsucht sich zeigen können. Hallucinationen und Illusionen beziehen sich meist auf den Ausgangspunkt des Leidens. Letzteres lässt sich somatisch immer nachweisen, und die Anfälle (meist bei Weibern) treten gewöhnlich nicht vereinzelt, sondern wiederholt auf.

6. Sehr häufig wird sinnlose Berauschung als Grund eines Vergehens oder Verbrechens angegeben, wie denn auch in Wirklichkeit viel Straffälliges im Rausch verübt wird. Schwierig ist die Frage, wo die Zurechnungsfähigkeit aufhört. Die früher vielfach versuchte Eintheilung nach Graden der Berauschung ist praktisch völlig unbrauchbar. Casper bemerkt, dass der Richter gewöhnlich in diesen Fällen gar kein ärztliches Gutachten verlangt, sondern sich allein sein Urtheil bildet, was auch vollkommen zu billigen ist. Die Zeichen der Trunkenheit sind allgemein bekannt, der Arzt kann auch nur nach den Angaben der Zeugen über den längst vorübergegangenen Zustand urtheilen und meistens kommt es bei der Entscheidung nur auf die richtige Beurtheilung der Glaubwürdigkeit dieser, oft nicht uninteressirten Zeugen an. Für Unzurechnungsfähigkeit wird man sich immer nur dann aussprechen können, wenn mindestens Amnesie bei dem nüchtern Gewordenen nachweisbar ist.

7. Der pathologische Zornaffect ist der aus geringer und verhältnissmässig unzureichender Ursache entstehende Zorn- und Wuthausbruch eines geisteskranken (besonders Alkoholismus) oder an einer schweren Neurose leidenden Menschen. Der Anfall dauert einige Minuten und wiederholt sich bei demselben Individuum. Die Häufigkeit der Erscheinung hat zu der (im Grunde überflüssigen) besonderen Benennung derselben geführt, denn bei geistig ganz Gesunden kommt der pathologische Zornaffect nicht vor und dass der Affect eines Kranken (wenn er auch bis dahin als solcher nicht gegolten hat) je nach der Sachlage theilweise oder völlige Unzurechnungsfähigkeit bedingt, ist selbstverständlich. Um Täuschungen zu vermeiden, hat man immer das Grundleiden zu constatiren. Ausserdem hüte man sich, allein aus der Unbedeutendheit des Anlasses auf pathologische Grundlage zu schliessen, da ein kleiner Anlass einen lange angesammelten tiefen Groll, auch beim Gesunden, in erschreckender Weise zum Ausbruch bringen kann.

8. Noch vorsichtiger sei man in den Fällen, wo ein unwiderstehlicher krankhafter Trieb zur Entschuldigung eines Verbrechens angegeben wird. Dass solche Antriebe auf Grund bis dahin verkannter geistiger Störung, welche dann aber stets nachgewiesen werden kann und muss, wirklich vorkommen, ist ja keinem Zweifel unterworfen. Der Missbrauch dieser Beobachtungen zu Simulationen liegt aber nahe. Wenn v. Krafft (l. c. Seite 256) meint, „es sei nicht zu besorgen, dass die Lehre vom impulsiven Irresein das Feld gewinne, das früher die berüchtigten Monomanien einnahmen, und nicht eine Waffe in den Händen unredlicher Vertheidiger werde," so scheint, nach manchen neueren Gutachten zu urtheilen, diese Sorge doch nicht ungerechtfertigt. Die Monomanien sind als besondere Krankheiten verschwunden, als Symptom gelten sie noch immer, oft als einziges und dann charakteristisches Symptom, und lässt sich dann noch irgend ein an sich wenig bedeutendes Indicium (etwa eine epileptische Schwester oder die so weit verbreitete Onanie) nachweisen, so ist das impulsive Irresein für manchen zur Genüge erwiesen. Damit feiern denn die „selig entschlafenen Monomanien" (wie Schwartzer l. c. sich optimistisch ausdrückt) in Wirklichkeit ihr fröhliches Auferstehen nur unter anderem Namen. Bezeichnungen wie „impulsives Irresein" und „pathologischer Affect" stellen Bereicherungen der Nomenclatur dar, welche nur geeignet sind, Gerichtsärzte, welchen diese Dinge ferner liegen, zu falschen Auffassungen zu verleiten. Bei wirklichen Irrenärzten ist dies ja nicht zu fürchten.

Speciell hüte man sich bei angeblichen Handlungen nach unwiderstehlichen Trieben die „innere Stimme", die zu der incriminirten Handlung getrieben haben soll, zu missdeuten (wohl gar als imperative Hallucination). Wenn Casper sich über dieselbe lustig gemacht hat, so dürfte er doch nicht in allen Fällen Unrecht gehabt haben. Ungebildete pflegen mit diesem Ausdruck oft den Widerstreit der in ihrem Bewusstsein ringenden Vorstellungen sich und anderen klar zu machen. Aehnlich kann man alle Tage hören: „Mir war doch gleich so: Du hast noch etwas vergessen." Dabei wird also die Vorstellung der Möglichkeit, etwas vergessen zu haben, personificirt und redend eingeführt. (Eine Reihe von Fällen angeblicher Stehlsucht siehe bei Casper l. c.)

Als moralisches Irresein (mancher deutsche Arzt bevorzugt den Ausdruck moral insanity, wie er lieber petit mal als „epileptisches Irresein“ sagt) bezeichnen einige Psychiatriker einen Defect aller ethischen Gefühle bei Vorhandensein ungestörter Intelligenz, der als Hemmungsbildung angeboren oder durch Degeneration erworben sein soll. Diese angebliche Krankheit ist (Schwartzer l. c.) „nichts weiter als Symptom und Begleiter einer bestehenden oder Residuum einer abgelaufenen Psychose, zumeist schon ein Schwächezustand, niemals aber eine primär oder auch nur secundär auftretende selbstständige Geisteskrankheit.“ Wenn diese englische Erfindung nicht schon häufiger Unheil angerichtet hat, so ist dies dem Umstand zuzuschreiben, dass sie als Simulationsobject den Verbrechern unbekannt ist, und dass sich die juristische Auffassung, selbst des Vertheidigers, gegen dieselbe unwillkürlich sträubt.

Es ist wiederholt vorgekommen, dass ein Vertheidiger sich ironisch bei dem ärztlichen Sachverständigen bedankte, wenn dieser ein Verbrechen durch moralisches Irresein erklärte.

9. Endlich ist noch des Schlafwandelns (Nachtwandeln, Somnambulismus, Mondsucht) zu erwähnen. „Ueber keinen Gegenstand im weiten Gebiete der medicinischen Wissenschaften, mit einziger Ausnahme vielleicht des Scheintodes und Lebendigbegrabens, ist so viel gefabelt, gelogen und vom grossen Publikum (leider auch von Aerzten) geglaubt worden, als über das Schlafwandeln. Kein Wunder, dass das interessante Leiden auch zur Simulation verwendet worden ist. In Wirklichkeit ist das Schlafwandeln vom Traume wesentlich gar nicht verschieden. Im Schlaf sind bekanntlich die höheren geistigen Functionen erloschen, die Sinnesapperceptionen wie die Fortleitung der Vorstellungen zu den motorischen Centren dagegen nur abgeschwächt. Auf der Apperception stärkerer Sinneseindrücke beruht die Möglichkeit des Erweckens, durch die Erregung der motorischen Centren, resp. die leichtere Erregbarkeit derselben, wird das Sprechen und die Locomotion im Traume möglich. Je grösser die Erregbarkeit des Gehirns ist, um so leichter kommt beides zu Stande, daher auch Schlafwandeln fast nur bei Unerwachsenen vorkommt. Das motorische Centrum für die Sprache ist dasjenige, welches überhaupt am leichtesten auf Vorstellungen

reagirt (cf. unbewusste Selbstgespräche), weshalb das Sprechen im Schlaf auch recht häufig ist. Demnächst finden sich Leute, welche sich wohl im lebhaften Traume aufrichten, sogar den Versuch machen aufzustehen, aber alsbald in Folge des Gefühlseindrucks ihrer gänzlich veränderten Stellung erwachen. Noch andere stehen auf, ohne zu erwachen, gehen umher und machen auch wohl andere combinirte Bewegungen, sind also wirkliche Schlafwandler. Die Sinnesapperception scheint dabei in gewissem Grade vorhanden zu sein, insofern Hindernisse vermieden werden. Die Bewegungen sind jedoch stets rein automatische, wie wir sie wohl auch im wachen Zustande ohne Controlle unseres Bewusstseins machen, z. B. das Stricken bei Frauen. Hiernach muss es a priori unwahrscheinlich erachtet werden, dass ein wirklicher Schlafwandler je etwas gethan hat, was ihn mit dem Strafgesetz in Conflict bringen könnte. In der That sind die wenigen mitgetheilten Fälle von Verbrechen durch Schlafwandler sämmtlich sehr zweifelhafter Natur, einzelne stellen geradezu unerhörte Anforderungen an die Leichtgläubigkeit der Leser (cf. Casper l. c.). Dagegen ist der Schlafwandler mehr als andere disponirt, beim Erwachen (das Erwecken desselben ist übrigens nicht leicht) in Schlaftrunkenheit zu verfallen, denn beide Bedingungen der letzteren: tiefer Schlaf und lebhaftes Träumen, liegen ja vor. Schliesslich sei noch bemerkt, dass ein Einfluss des Mondscheins auf die Nachtwandler durchaus nicht constatirt ist, und wahrscheinlich auf Vermuthung oder freier Erfindung beruht.

Simulation von Schlafwandeln bei Rekruten, welche ebenfalls vorgekommen ist (Statist. Sanit.-Bericht der preuss. Armee 1873), kann eigentlich unberücksichtigt bleiben, denn wie der Soldat träumt, kann ihm füglich überlassen werden und hat mit seiner Dienstfähigkeit nichts zu thun.

Der nachstehende Fall über simulirtes transitorisches Irresein findet sich bei Schwartzer, l. c., wo ausser der transitorischen Tobsucht behufs Differential-Diagnose auch die meisten übrigen transitorischen Geistesstörungen eingehend und klar besprochen sind.

22. Einem Postbeamten N., 38 Jahre alt, verheirathet, Vater eines Kindes, war eine Kassenrevision zum Nachmittag angesetzt worden, doch bat derselbe seinen Chef, diese Revision bis zum nächsten Tage zu verschieben, weil er am Nachmittage die Ankunft seines Schwagers erwarte.

N. erschien um 6 Uhr Abends am Anlegeplatze des Dampfschiffes, wo sein Schwager jedoch nicht ankam. Von dort begab er sich zu einem Pfandleiher, den er nicht zu Hause traf. Später ging er nach dem Telegraphenamt, wo er erfuhr, dass eine Geldanweisung für ihn, welche er auf telegraphischem Wege aus Wien erbeten hatte, nicht angekommen war. Da die Dienststunde vorbei war, verliess er das Bureau mit dem Telegraphenbeamten, welchem letzteren eine gewisse Unruhe an N. auffiel. Dieser ging nun nach dem Postamt (es war nach 9 Uhr Abends), wo er den Beamten C., ein kleines schmächtiges Männchen, und den Amtsdiener L., einen herkulisch gebauten Mann antraf. N. erkundigte sich, ob ein Geldbrief für ihn angekommen sei und nachdem er erfahren, dass die betreffende Post überhaupt noch nicht eingetroffen, verliess er das Haus und ging auf der Gasse spazieren, bis er ungefähr um 10 Uhr dem eben anlangenden Postwagen begegnete. N. kehrte wieder zum Amt zurück, wo sich kein Geldbrief für ihn vorfand, wohl aber andere Geldsendungen, darunter ein Brief mit 9800 fl. N., obwohl er dienstfrei war und sich sonst nie ausser den Dienststunden im Postamt zu schaffen machte, erbot sich, dem Collegen C. im Sortiren der Briefe zu helfen, was sowohl dem C. wie L. auffiel, letzterem um so mehr, als N. ihn mehrmals dringend aufforderte, sich niederzulegen, da es schon so spät sei. L. folgte endlich diesem Ansinnen und legte sich im anderen Zimmer auf eine Bank, wo er von der Tagesarbeit ermüdet wider seine Absicht einschlief. Plötzlich wurde er durch heftigen Schmerz erweckt, N. hatte ihm mit einem scharf geschliffenen Säbel, der sich zum Schutz der Beamten im Zimmer befand, einen Hieb über den Kopf versetzt. L., obwohl lebensgefährlich verletzt, sprang auf den Angreifer los und es entstand ein furchtbares Ringen; nachdem L. jedoch noch einige andere Verwundungen erlitten, entwich er durch die Thüre auf den Hausflur und schlug Lärm. N. stürzte sich nun auf C., packte ihn am Halse und mit der Drohung: „Hund, rühre dich nicht, sonst —" nahm er den Brief mit 9800 fl. unter den Arm. Indessen hörte man schon Stimmen der von L. Alarmirten auf dem Hausflur und C. bat den N. flehentlich, sie nicht beide unglücklich zu machen und den Brief zurückzugeben. Dies that N. jetzt wirklich und entwich bei dem allgemeinen Wirrwarr ungehindert aus dem Hause. Er ging (es war inzwischen 11 Uhr geworden) nach seiner Wohnung, klopfte und antwortete auf die Frage seiner Gattin: „Ich bins". Nachdem er eingetreten war, begann er zu jammern, er sei geisteskrank geworden, müsse gleich sterben u. a., ohne jedoch des eben Erlebten zu erwähnen. Die erschreckte Frau schickte zu einem Arzte, welcher ausser einiger Aufregung nichts Krankhaftes an N. finden konnte. Nachdem der Arzt weggegangen, legte sich N. zu Bett und schlief (wenigstens anscheinend) nicht nur bis zu der am Morgen erfolgenden Verhaftung, sondern verfiel auch nach derselben scheinbar in einen soporösen Schlaf, aus dem ihn der Wächter erst aufrütteln musste, als er zum Verhör geführt werden sollte. Er behauptete nichts zu wissen, als dass er dem Collegen C. aus Gefälligkeit habe helfen wollen, dabei sei er in der Nähe des übermässig geheizten Ofens plötzlich von einer

Art Betäubung befallen worden. Von diesem Augenblick an bis zu dem, wo er soeben von dem Wächter aus dem Schlaf gerüttelt worden, wisse er absolut nichts, auch nicht wie er nach Hause gekommen und wie er verhaftet sei. Die Sache sei ihm selbst wohl erklärlich, da er an Congestionen leide, von den Aerzten M. und G. auch wegen Gehirnleidens schon behandelt worden sei, zur Melancholie inclinire und vor zwei Jahren in einem Anfalle melancholischer Geistesstörung einen Selbstmordversuch gemacht habe.

N. hatte eine sehr gute Erziehung genossen, studirt, sprach mehrere Sprachen fertig, galt überall als talentvoller Mensch, hatte jedoch nie die Kunst verstanden, mit seinem Einkommen auszukommen und war mit Schulden belastet. Die Hälfte seines Gehaltes war von Gläubigern mit Beschlag belegt. Diese Nothlage hatte ihn wiederholt veranlasst, Geld aus der Kasse zu entleihen und am Tage der That fehlten in derselben 148 fl., wie er ohne weiteres zugestand. Er hatte deshalb an mehrere Verwandte brieflich und telegraphisch die Bitte gerichtet, ihm mit 150 fl. zu helfen. Die Hoffnung, auf diese Weise vor der Revision, die am folgenden Morgen stattfinden sollte, den Defect zu decken, war fehlgeschlagen. Die Untersuchung ergab ferner, dass das Bureau keineswegs überheizt, sondern eher kühl war. Die Aerzte M. und G. wussten nichts von Behandlung eines Gehirnleidens, sondern nur von Klagen über Kopfschmerzen vor Jahren. Dass N. später an Kopfcongestionen gelitten, konnte nicht bewiesen werden, ebenso wenig Neigung zu melancholischer Verstimmung. Einen Selbstmordversuch mittelst eines Revolvers hatte er vor zwei Jahren allerdings gemacht, oder richtiger simulirt, und zwar nicht aus ihm selbst unerklärlicher Ursache, wie er behauptet, sondern um seine widerstrebende Gattin zu bewegen, von ihren Eltern 300 fl. zu fordern, welche er zur Deckung eines Deficits brauchte und auch erhielt. — N. antwortete übrigens auf alle Fragen zusammenhängend und geläufig, nur sobald das Gespräch auf die incriminirte Handlung gerichtet wurde, zeigte er Zögern und auffallende Behutsamkeit. Als der Gerichtsarzt ihm eines Tages sagte, er halte ihn für einen Simulanten, eine solche That sei nur durch Hallucinationen und Illusionen zu erklären, erwiderte N., er habe allerdings Hallucinationen gehabt und werde sich bemühen, sich daran zu erinnern. Beim nächsten Besuch wusste er schon, es sei ihm vorgekommen, als befände er sich im Schlachtgewühl. Später sagte er dem Arzt: Aidez-moi, je vous donnerai deux cents florins u. s. w. Auf die Bemerkung des Arztes: Que puis-je faire? En ce cas on vous enverrait dans une maison des aliénés, sagte N. mit Betonung: Qualem me feceris. talis ero. — In der Hauptverhandlung leugnete N. jede Kenntniss der That und wies mit pathetischen Worten die „ungeheuerliche" Anschuldigung zurück. Es wurde die Simulation nachgewiesen (ausführliche Begründung bei Schwartzer l. c.) und es erfolgte die Verurtheilung. — Später ergab sich, dass N. medicinische Bücher studirt hatte, auch versuchte er im Gefängniss einen anderen Gefangenen zur Simulation anzuleiten.

3. Augenleiden und Sehstörungen.

Wie schon im allgemeinen Theil bemerkt, ist die genaue Kenntniss der Krankheitserscheinungen die wesentlichste Bedingung zur Erkennung von simulirten Krankheiten und für kein Gebiet gilt dies wohl mehr als für die Störungen der Sinnesorgane. Der Specialist für Augenkrankheiten wird immer die geeignetste Person sein, die bezüglichen Simulanten zu entlarven, ohne wirklich vorhandene Mängel zu missdeuten und für absichtliche Täuschungen zu erklären. Indessen wird es in vielen Fällen auch dem Nicht-Specialisten gelingen, sich ein Urtheil darüber zu bilden, ob Simulation vorliegt oder nicht, bez. ob er besser sein Gutachten suspendirt, bis er dasjenige eines Specialisten oder eines Collegen, der genügend im Gebrauch des Augenspiegels geübt ist, zu Hilfe nehmen kann.

Es giebt eine ganze Reihe mehr oder weniger brauchbarer Methoden zur Untersuchung angeblich nicht normaler Augen. Bei Anwendung derselben wird stets mit grosser Genauigkeit und Vorsicht zu verfahren sein, wenn man nicht zu falschen Schlussfolgerungen kommen will; eine Vorsichtsmassregel ist unter allen Umständen zu beobachten, nämlich, dass man das Verfahren zuerst am eigenen Auge oder dem eines Gesunden prüft. Will man die Angaben des Untersuchten über das, was er sieht, richtig beurtheilen, so muss man vorher genau wissen, was er sehen kann. Sodann kommt ein Hinderniss bei allen Methoden vor und muss dann zunächst überwunden werden, dass nämlich Simulanten bei allen Sehproben und auf alle Entfernungen ohne Ausnahme erklären: Ich sehe nichts. Da hilft nur gut zureden, dem Manne öfters vorhalten, dass er doch nicht ganz blind sei und irgend etwas sehen müsse, vielleicht auch Plangläser einschalten, durch welche er besser sehen werde. Hinsichtlich des letzteren Verfahrens darf man nicht vergessen, dass auch Leute vorkommen, welche von der Besserung des Sehvermögens durch Gläser gar keine Ahnung haben. Es ist praktisch, einen solchen Mann erst durch ein gewöhnliches Opernglas in die Ferne sehen zu lassen, um ihm den Unterschied gegen das Sehen mit blossen Augen recht auffällig zu machen.

Blindheit beider Augen.

Blindheit beider Augen längere Zeit zu simuliren erfordert nicht nur eine grosse Energie und Beharrlichkeit, sondern auch eine ausserordentliche Entsagungsfähigkeit; zudem genügt zur Erreichung des erstrebten Zweckes gewöhnlich schon die Simulation geringerer Sehstörungen. Es wird daher sehr selten der Versuch gemacht, doppelseitige Blindheit vorzutäuschen. Unternimmt ihn aber Jemand, so wird man darauf gefasst sein müssen, dass er sich eingeübt hat, das äussere Verhalten des Blinden nachzuahmen, den starren, nichtsfixirenden, gegen alle Gesichtseindrücke gleichgültigen Blick, der auch durch die Nähe gefährlicher Instrumente nicht verändert wird. Wie viel der Willenseinfluss in solchen Dingen vermag, werden wir an anderer Stelle sehen, und wenn das Auge des angeblich Blinden bei der häufig empfohlenen Drohung mit spitzen Messern nicht zuckt oder blinzelt, so ist damit noch nichts für die Blindheit erwiesen.

Herter (Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift 1878, Nr. 9) hat bereits genügend ausgeführt, dass auch die von Fallot empfohlene und immer wieder angeführte Methode, den Herzschlag zu prüfen, welchen die Angst des Simulanten beschleunigen soll, ziemlich werthlos ist. Ein kaltblütiger Simulant kann eine ruhige Herzaffection haben und ein wirklich Blinder kann bei der Untersuchung sehr ängstlich sein.

Man wird deshalb dahin streben müssen, den Simulanten zu überraschen, erst seine Aufmerksamkeit in entsprechender Weise fesseln, vielleicht durch ein Gespräch ihn in Affect bringen und dann plötzlich seitwärts ein Lichtphänomen oder irgend etwas Auffälliges erscheinen lassen. Wie man das thut, wird sich immer nach den einzelnen Fällen richten, nach der Intelligenz und Selbstbeherrschung des Simulanten. Gelingt es aber auch nicht sofort, ihn dazu zu bringen, dass er sich durch Fixiren verräth, so ist doch die Rolle eines Blinden längere Zeit ganz tadellos durchzuführen so schwer, dass man im Laufe der Zeit und bei längerer Beobachtung immer dahin gelangen wird, wenigstens Verdacht gegen den nicht wirklich Blinden zu schöpfen.

Um schneller zum Ziele zu kommen, hat Schmidt-Rimpler empfohlen, man solle den Simulanten sich selbst einen Finger vorhalten lassen und ihn auffordern, denselben zu fixiren. Der wirk-

lich Blinde kann das gewöhnlich (allerdings nicht in allen Fällen, da die Erblindung Folge eines Gehirnleidens sein kann, auf Grund dessen gleichzeitig Störungen des Muskelgefühls bestehen, cf. Rabl-Rückhard, Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin 1876), der Simulant wird es absichtlich nicht thun und zwar in demonstrativer Weise, während der Blinde wenigstens versuchen wird, der Forderung nachzukommen, wenn er es auch in ganz exacter Weise nicht kann. Man hat dem Verfahren vorgeworfen, dass auch der wirklich Blinde das Fixiren unterlassen kann, aus Furcht, für einen Simulanten gehalten zu werden; immerhin wird man es versuchen, um eventuell ein Moment mehr, das für oder gegen die Annahme der Blindheit spricht, zu haben.

Zuweilen wird sich der Simulant durch das Verfahren von Burchardt fangen lassen. Letzterer forderte einen angeblich Blinden auf, seinen eigenen vorgehaltenen Zeigefinger mit dem anderen zu berühren. Dieser vermochte dies scheinbar nicht. Ohne durch weitere Bemerkungen seinen Verdacht zu erregen, wurden in seiner Gegenwart einem Lazarethgehilfen die Augen verbunden und durch diesen derselbe Versuch, natürlich mit Erfolg, wiederholt. An einem der nächsten Tage konnte der Blinde das Experiment ebenfalls ausführen — er hatte also gesehen, dass man dazu des Sehens nicht bedarf.

Der Fall (23), sehr ausführlich von Rabl l. c. mitgetheilt, zeigt, wie leicht es leider den Simulanten zuweilen gemacht wird. Der betreffende Mann, an dessen Augen nichts Krankhaftes, als zwei kleine, nicht centrale Hornhautflecke zu finden war, befand sich als Blinder über acht Jahre im Invalidenhause zu Berlin, ging dort mit Hilfe eines Stockes ohne Führer umher, wusste beim Eintritt in ein Zimmer, wer und wo die Anwesenden waren, auch ohne dass sie sich durch Geräusch verriethen u. s. w. Der Verdacht der Simulation war nicht abzuweisen. Ein Gutachten unseres berühmten Graefe sprach sich, nachdem drei Jahre verflossen waren, ganz bestimmt dahin aus, dass die Angabe der behaupteten hochgradigen Sehstörung eine falsche sei, wenn sich auch die wirkliche Sehschärfe nicht feststellen lasse. Folgen hatte dies weiter nicht. Endlich wurde beobachtet, wie der Schwindler sich in einem überfüllten, ihm unbekannten Raume (dem Rathhauskeller) so schnell und sicher bewegte, wie es nur ein Sehender vermag. Dieser Umstand in Verbindung mit den Burchardt'schen Beobachtungen führten zu seiner Entfernung aus dem Invalidenhause unter Belassung einer Pension von 216 Mark.

Dies Burchardt'sche Verfahren, den Simulanten zu verleiten, dass er Kenntnisse verräth, welche er nur durch Sehen erlangt haben kann, wird man unter gegebenen Umständen auch im Gespräch versuchen können.

Zuweilen versuchen die Simulanten, die bei Amaurose gewöhnliche Erweiterung der Pupille durch Atropin hervorzubringen. Das Verfahren wird zu ihrem Nachtheil ausschlagen, wenn man einige Tage warten kann, während deren der Betreffende genau controlirt und eine erneute Einbringung von Atropin verhindert wird. Die Pupille wird dann von selbst wieder enger werden. Ferner ist nach Kratz (Rekrutirung und Invalidisirung, Erlangen 1872) die toxische Erweiterung gewöhnlich bedeutender, als die pathologische, und sie wird nicht durch Einträufeln von Calabar gehoben, welches letztere auf die pathologische Erweiterung immer einwirkt.

Reaction der Pupille auf Licht ist, nachdem sie in mehreren zweifellosen Fällen von Blindheit ebenfalls gefunden worden ist, nicht mehr als Beweis für Simulation anzusehen. Dagegen ist Reactionslosigkeit auf Licht auch eine Eigenschaft der durch Atropin bewirkten Erweiterung, würde also nicht immer als Beweis für Blindheit gelten können.

Wird durch den Augenspiegel atrophische Degeneration des Opticus nachgewiesen, so ist Simulation natürlich ausgeschlossen. Diese Degeneration tritt nach Graefe spätestens sechs Monate nach Aufhören jeder Lichtempfindung ein.

Wird dagegen, worauf Arlt hingewiesen hat, bei längerer Anwendung des Augenspiegels und starker Beleuchtung der Macula lutea das Auge unruhig, und tritt gar Blinzeln und Thränen hiernach ein, so ist der Verdacht, dass Lichtempfindung vorhanden sein muss, gerechtfertigt.

Wenn mehr oder weniger begründeter Verdacht auf Simulation besteht, so scheint diejenige Behandlung die am meisten Erfolg versprechende, welche von Rabl-Rückhard l. c. befürwortet und von Schweigger in einem Falle angewendet worden ist, wo auf dem einen Auge noch eine geringe Lichtempfindung zugestanden wurde, und dieser Umstand zur Erkenntniss der Simulation geführt hatte.

24. Herter l. c. berichtet über den letzteren Fall: Die Patientin leugnete rechts jeden Lichtschein, links wollte sie nur hell und dunkel unterscheiden. Links percipirte sie eine mittelst eines Planspiegels in's Auge reflectirte Gasflamme in etwa 1 Fuss. Wurde nun das linke Auge geschlossen, so stellte sie rechts jede Lichtwahrnehmung in Abrede. Hatte sie dagegen beide Augen offen, und liess man den Spiegelreflex bald in das linke, bald in das rechte Auge fallen, so war sie, was freilich viele Menschen können, ausser Stande, die Lichtempfindung richtig zu localisiren, und gab Lichtschein auch bei ausschliesslicher Beleuchtung des rechten Auges zu. Die Patientin liess man in Unkenntniss über dieses Resultat, legte ihr aber für längere Zeit einen beiderseitigen Occlusionsverband an. Zwölf Tage später zeigte sie volle Sehschärfe. Ein Betrüger wird eine Pein, welche nur für ihn eine solche ist, kaum lange ertragen, wenn er sich ihr durch ein Geständniss, und sei es auch nur das einer allmählichen Besserung seines Leidens entziehen kann.

Natürlich kann man dasselbe Verfahren (als angeblichen Heilversuch, indem man zuerst eine indifferente Salbe auf die Lider streicht) auch bei Leuten anwenden, die gar keine Lichtempfindung mehr haben wollen.

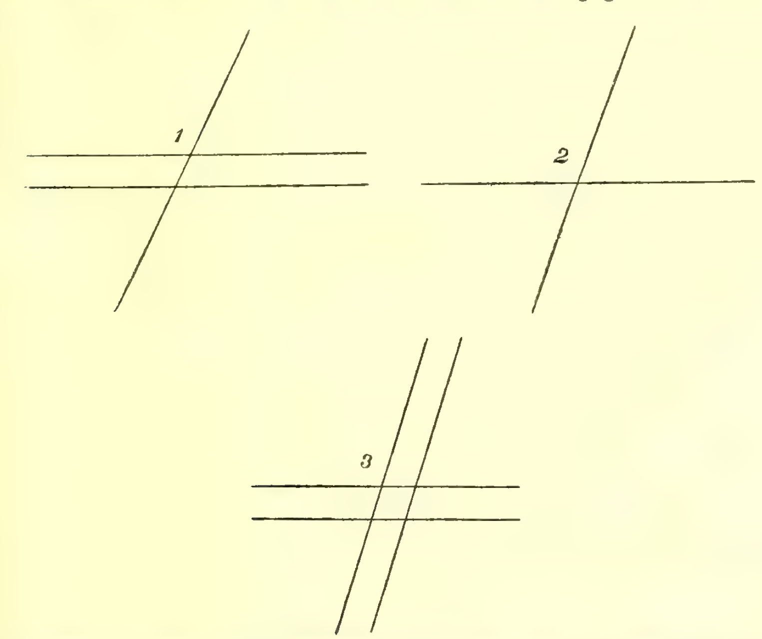
Einseitige Erblindung.

Simulation einseitiger Blindheit ist viel häufiger, als die der doppelseitigen, da sie dem Simulanten für gewöhnlich keine Unannehmlichkeiten verursacht, und doch zuweilen recht erhebliche Vortheile im Falle des Gelingens verspricht.

Für den beobachtenden Arzt ist der Punkt von der grössten Wichtigkeit, dass sehr selten ein Mensch mit völlig normalem Auge auf die Simulation von Blindheit verfällt, sondern dass es gewöhnlich überstandene Augenleiden verschiedener Art mit mehr oder weniger erheblicher Herabsetzung der Sehschärfe sind, welche zu der Erklärung verlocken, mit dem Auge überhaupt nichts, oder so gut wie nichts, mehr sehen zu können. Da alle wirksamen Versuche zur Entlarvung darauf beruhen, den Simulanten glauben zu machen, er sehe etwas mit dem gesunden Auge, was er in Wirklichkeit mit dem angeblich blinden sieht, so wird man diesen Umstand immer berücksichtigen müssen, wenn man sich selbst viel Mühe ersparen und nicht dem Simulanten das glückliche Bestehen der üblichen Proben erleichtern will. Denn wenn der Simulant auf dem angeblich blinden Auge wirklich amblyopisch ist, so wird er leicht aus der Undeutlichkeit des Bildes erkennen, was er mit seinem schlechteren Auge sieht, und wird dann dies Sehen über-

haupt leugnen. Man wähle daher einfache, nicht zu kleine, sich scharf abhebende Sehobjecte, wie runde schwarze Punkte oder Striche auf weissem Grunde, oder umgekehrt weisse auf schwarzem, oder eine Flamme. Es ist deshalb auch empfohlen (Rabl-Rückhard), vor dem angeblich allein sehenden Auge ein rauchgraues Glas einzuschalten, um seine Sehfähigkeit herabzusetzen und dem des schwächeren Auges näher zu bringen. Eine absolute Gleichheit ist nicht nothwendig.

Die bekannteste, in vielen Fällen auch am schnellsten zum Ziele führende Methode ist die von Graefe angegebene Prüfung



mit dem Prisma. Ein dreiseitiges Prisma (nicht unter 12°) wird vor das gesunde Auge gehalten, das Bild der Sehprobe erscheint dann diesem Auge nach der Seite der scharfen Kante des Prismas abgelenkt, während das andere Auge die Sehprobe an der richtigen Stelle sieht, wenn es überhaupt sieht. Der Simulant erblickt also zwei Bilder, und giebt er dies zu, so ist er als Betrüger entlarvt.

Leugnet der Simulant aus irgend einem Grunde die Doppelbilder (die durch das Prisma bewirkte Brechung der Lichtstrahlen ist ja bekannt und in konkreten Fällen ist diese Kenntniss von

Simulanten schon verwerthet worden), so dürfte zu seiner Verwirrung das von Berthold angegebene Verfahren das bei Weitem erfolgreichste sein. Letzterer benutzt die mit 1 und 2 bezeichneten Figuren auf der vorhergehenden Seite, die auf ganz gleichen Tafeln (am besten in der mindestens fünffachen Grösse unserer Bilder) gezeichnet sind. Wird das Prisma mit der brechenden Kante nach links oder rechts vor das gesunde Auge gehalten, so erscheint dem Simulanten die Figur 1 wie Figur 3. Ebenso sieht er Figur 3, wenn man ihm das Prisma mit der brechenden Kante nach links unten oder rechts oben vorhält und die Figur 2 beobachten lässt. Die Figur 1 gleicht übrigens nur dann der Figur 3, wenn die brechende Kante genau senkrecht steht, — wenn nicht, so decken sich die Horizontallinien nicht und man sieht nicht 2, sondern 4 Horizontalen. Das schadet aber nichts, man lässt den Exploranden einfach zählen, wie viel Linien von oben nach unten, wie viel von rechts nach links er sieht und er wird dann, wenn er nicht das angeblich blinde Auge momentan zuhält, sich stets verrathen. Selbst die Kenntniss der Prismenwirkung dürfte ihm bei dieser Prüfung nichts helfen, und auch der Versuch, etwa die mit farbigen Rändern erscheinenden Linien abzuziehen, würde zu falschen Angaben führen, da einzelne Linien der Doppelbilder sich decken. Eventuell kann man auch die Zahl der Linien vermehren.

Alfred Graefe empfiehlt, wenn ein Simulant die einfachen binoculären Doppelbilder leugnet, ihm das angeblich blinde Auge zu schliessen und das Prisma so vor das andere Auge zu halten, dass die brechende Kante die Pupille (von oben nach unten) halbirt. Es entsteht in diesem Falle monoculares Doppelsehen. Hat der Explorand sich nun genügend überzeugt, dass man auch mit einem Auge doppelt sehen kann, so öffnet man das bisher geschlossene Auge und schiebt gleichzeitig das Prisma ganz vor die Pupille. Er sieht nun ebenfalls Doppelbilder, aber binocular, und weil er glaubt, monocular zu sehen, so leugnet er auch die Doppelbilder nicht mehr.

Der Vorschlag klingt sehr plausibel, indessen ist es schwer, das Prisma genau vor der Mitte besonders einer engen Pupille zu halten und zu erhalten. Bei der geringsten Verschiebung nach aussen sieht der Simulant, dass das zweite Bild nur im Glase des

Prismas erscheint, dass er es daher am besten ganz ableugnet. Je dümmer nämlich der Simulant ist, um so schwieriger ist es zuweilen, ihn zu der Einsicht zu bringen, dass es nicht darauf ankommt, wie viel Bilder in Wirklichkeit vorhanden sind (z. B. ein Licht), sondern wie viel er sieht. Dieser Umstand wird zuweilen nicht genügend beachtet, man eliminirt ihn ganz aus der Untersuchung, wenn man Sehproben, die vorher verdeckt sind, auf einer Tafel benutzt.

Endlich lässt sich mittelst des Prisma die Simulation dadurch erkennen, dass man einen Gegenstand, etwa ein Licht, fixiren lässt und danach vor das angeblich blinde Auge das Prisma hält. Stellen sich auf diesem dann Einrichtungsbewegungen ein (nach der brechenden Kante hin), so ist es natürlich nicht blind. Der negative Ausfall der Probe beweist nichts und hat dieselbe auch nur für den Arzt Werth, während sie sich vor dem Richter nicht verwerthen lassen wird.

Statt des einfachen Prisma kann man auch das Stereoskop anwenden, d. h. zwei feststehende, mit den brechenden Kanten einander zugewendete Prismen, durch welche jedem Auge ein besonderes Sehobject vorliegt. Die Idee ist von Laurence zuerst angegeben, das Verdienst der Ausbildung und Vervollkommnung der Methode gebührt Rabl-Rückhard (Deutsche militär-ärztl. Zeitschrift 1874, Heft 1), dessen Anweisungen auch im Nachstehenden der Hauptsache nach wiedergegeben sind. Das Verfahren erfordert zuweilen erheblich mehr Vorbereitungen, als das mit dem einfachen Prisma, ist aber das beste, weil es unendliche Combinationen bei der Untersuchung gestattet und damit die grösstmöglichste Aussicht auf Erfolg bietet, weil es ferner auch dem besten Kenner der optischen Gesetze gegenüber ebenso wirksam ist wie bei dem gänzlich Ungebildeten, und weil es im Fall des Gelingens einen positiven, auch für den Laien ohne Weiteres überzeugenden Beweis liefert, welchen man jederzeit mit gleichem Erfolg wiederholen kann. (Dieser Umstand ist besonders für gerichtliche Untersuchungen nicht hoch genug anzuschlagen.)

Es wird dabei nicht die allgemein bekannte stereoskopische Wirkung des räumlichen Sehens verwerthet, sondern

1. die durch den Wettstreit der Sehfelder erzeugten Erscheinungen,

2. die schon oben geschilderte Prismenwirkung der Verschiebung und dadurch Deckung, event. Ueberkreuzung der beiden vorgelegten Sehobjecte.

Den Wettstreit der Sehfelder ruft man dadurch hervor, dass man im Stereoskop zwei verschiedene Bilder vorlegt, welche bei binocularem Sehen keine Combinationen zu dem Bilde eines Körpers zulassen. Es werden dann bald Theile des einen, bald des andern Bildes sichtbar, verschwinden und tauchen wieder auf. Bringt man vor das gesunde Auge ein rothes Liniensystem, vor das angeblich blinde ein blaues, so wird der Simulant bald rothe, bald blaue Linien sehen, und giebt er an, die blauen zu sehen, so ist er überführt. Eine andere gute Vorlage sind zwei Druckproben in gleichen Lettern aber möglichst heterogenen Inhalts und zwar so angebracht, dass sich die Linien decken. Der wirklich Blinde wird die vor dem gesunden Auge befindliche Probe ohne Anstand lesen. Der Simulant wird entweder gar nicht lesen können oder der Inhalt des Vorgelesenen wird ergeben, dass er mit beiden Augen sieht. Wenn sich die Linien nicht vollständig decken, so gelingt allerdings auch dem Simulanten zuweilen das Lesen. Daher möchte sich noch mehr das ähnliche Verfahren empfehlen: gleich grosse deutliche Zahlen auf den Vorlagen anzubringen und zwar auf der einen Seite nur gerade, auf der andern nur ungerade. Der Gebildete nimmt keinen Anstoss, die ihm sichtbar werdenden Zahlen zu lesen (wie vielleicht bei nicht zu einander passenden Worten), und auch der Ungebildete, der das Lesen nicht genügend gelernt hat oder ableugnet, liest meistens noch Zahlen. Für Leute, die auch nicht Zahlen lesen wollen, kann man sich der Burchardt'schen Punktproben bedienen und dieselben zählen lassen. Für solche Leute erweisen sich ausserdem die folgenden Proben brauchbar.

Die reine Prismenwirkung des Stereoskops empfiehlt Rabl-Rückhard in der Weise zu benutzen, dass man auf zwei Feldern, die zur Aufnahme der Sehproben bestimmt sind, in der Mitte runde Kreise anbringt, welche in dem Combinationsbilde sich decken und so als Fixationspunkte dienen. Vor und hinter oder über und unter diesen Fixationskreisen kann man nun in wechselnder Combination

einfache, keiner Missdeutung unterliegende Figuren anbringen. Z. B. bringt man vor den Fixationskreis des ersten Halbbildes ein Quadrat, hinter dem des zweiten ein Kreuz an, so sieht der Simulant im gemeinsamen Bilde: Quadrat, Kreis, Kreuz. Er sieht genau dasselbe, wenn man hinter dem Fixationskreis des ersten Halbbildes das Kreuz und vor dem Kreis des zweiten das Quadrat anbringt (die Bilder überkreuzen sich dabei), und er wird nicht wissen können, welche von beiden Combinationen er sieht, also welchen Theil des Bildes er mit dem rechten Auge, welchen mit dem linken erblickt. Man kann auch als Halbbilder runde Tafeln benutzen, die man um ihren Mittelpunkt drehbar macht, indem man durch letzteren einen Reissnagel, der dann als Fixationskreis dient, führt. Auf diesen Scheiben kann man die erwähnten Figuren oder ähnliche, wie Halbkreise, die sich im Combinationsbilde ergänzen, oder Probebuchstaben, besonders symmetrische, wie H und N, oder farbige Oblaten anbringen und in den verschiedensten Stellungen dem Exploranden produciren. Die Zahl der Variationen ist eine völlig unbeschränkte, und Rabl-Rückhardt sagt mit Recht: Niemand ist allen diesen Proben gewachsen.

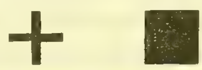
Rabl fügt eine Reihe von Vorsichtsmassregeln hinzu, welche theils unumgänglich sind, theils unter besonderen Verhältnissen nöthig werden, die sich bei der Untersuchung selbst ergeben. Zu den ersteren gehört, dass man dem Exploranden zuerst einige landschaftliche Bilder vorlegt, damit sich die Augen zum stereoskopischen Sehen einstellen und gewöhnen. Burchardt empfiehlt (praktische Diagnostik der Simulationen u. s. w., Berlin 1878) ferner zu demselben Zweck, zunächst nur die Fixationskreise zu zeigen und die übrigen Bilder durch Pappstreifen zu verdecken, bis sich die Augen eingestellt haben.

Sodann ist, wie schon oben ausgeführt, die etwaige Herabsetzung des Sehvermögens (sei es durch Schwäche oder Refractionsstörung) eines, gewöhnlich des angeblich blinden, Auges zu berücksichtigen. Das Einschalten eines rauchgrauen Glases, um den Eindruck auf das bessere Auge zu schwächen, ist schon erwähnt worden. Man erreicht dasselbe durch Beschattung des für das stärkere Auge bestimmten Halbbildes. Untersucht man bei Licht, so ist dies leicht und unmerklich durch Vorhalten eines Fingers

zu bewirken (eine partielle Beschattung genügt eben auch). Ferner empfiehlt sich das sogen. amerikanische Stereoskop (ohne Boden) zu benutzen, welches eine Annäherung des Bildes an das Auge gestattet, der sich dann das gesunde Auge accomodirt. Man hat bei diesem Stereoskop noch den Vortheil, dass der zu Untersuchende, wenn ihm die landschaftlichen Bilder (mit Vordergrund oder vielleicht noch besser Bilder nach plastischen Kunstwerken) vorgelegt werden, selbst die Entfernung der Bilder von den Augen regulirt. Beruht die geringere Sehleistung auf Refraktionsstörung, so kommt Hypermetropie wenig in Betracht, weil die Prismen der gewöhnlichen Stereoskopen convex (+ 8 bis 10) sind, dagegen wird die Leistung des myopischen Auges durch diese Prismen noch mehr geschädigt und wird daher die Einfügung planer Prismen statt der üblichen convexen in solchen Fällen vortheilhaft sein. Noch sicherer wird man verfahren, wenn man den Grad der Myopie durch den Augenspiegel feststellt und ein entsprechendes Concavglas hinter dem planen Prisma befestigt.

Dieser wenigstens annähernde Ausgleich des Sehvermögens beider Augen ist absolut nothwendig, wenn die Prüfungen mittelst des Wettstreits der Sehfelder, welche so sehr überzeugend wirken, gelingen sollen. Ist das eine Auge viel schwächer als das andere, so tritt ein wirklicher Wettstreit der Sehfelder überhaupt nicht mehr ein. Der Simulant besteht die Proben, ohne dass er sich erst Mühe zu geben braucht, von dem schwächeren Eindruck zu abstrahiren, weil er sich längst gewöhnt hat, nur das in seinem besseren Auge entstehende scharfe Bild zu beachten.

Bei nicht völligem Ausgleich der Sehfähigkeit erreicht man deshalb eher etwas durch Ausnutzung der reinen Prismenwirkung des Stereoskops, besonders wenn man das schwächere Auge durch die Auswahl der Proben unterstützt, z. B. vor dieses ein ausgefülltes Quadrat und vor das bessere Auge das Kreuz bringt.



Ganz wesentlich ist, dass der Untersuchende im Gedächtniss hat, welches Bild vor dem blinden Auge liegt (an dessen Erkennen also der Simulant sich verräth), und seine ganze Aufmerksamkeit auf die Augen des Explorанden richtet, ob derselbe auch beide

Augen offen hält, und nicht das angeblich blinde momentan zukneift, um zu ermitteln, was er nicht sehen darf. Die Versuchung dazu liegt ja dem Simulanten sehr nahe und wird man daher durch beständige Aufmerksamkeit diese Versuche verhindern müssen. In solchen Fällen wird sich folgende Modification des Verfahrens (nach Burchardt) bewähren: Man bringt an jedem Halbbild einen quadratischen Ausschnitt mit schwarzen Rändern an, so dass sich diese Ausschnitte bei binocularem Sehen decken. Durch diesen Ausschnitt zeigt man auf einem verschiebbaren Streifen Sehprobe-Buchstaben oder Zeichen. Hat sich der Simulant durch Zukneifen des Auges informirt, so schiebt man sofort ein anderes Zeichen hinter dem Ausschnitte vor.

Endlich wird auch empfohlen, wenn ein physikalisch Gebildeter an der Lage der farbigen Ränder der Bilder erkennen sollte, welchem Auge dieselben angehören, so solle man diese Möglichkeit durch das Einschalten farbiger Gläser verhindern. Es dürfte das selten nothwendig werden.

Sowohl Rabl (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medicin 1876) als Burchardt l. c. haben Tafeln mit Sehproben für die stereoskopischen Prüfungen veröffentlicht. Gewiss ist der Meinung Rabl's, dass es das Beste ist, wenn sich der Arzt die Proben selbst zeichnet, beizutreten. Derjenige, der sich bis dahin nicht damit beschäftigt hat, wird bei der Prüfung seiner Proben mit den eigenen und anderen gesunden Augen zugleich die Uebung in der Handhabung des Verfahrens erwerben, deren er dem Simulanten gegenüber durchaus bedarf.

25. Rabl erzählt l. c. folgenden Fall: Ein Hauptmann a. D., welcher während des Krieges 1870/71 wieder Dienst gethan, behauptete, während desselben in Folge harter Behandlung in der Gefangenschaft eine Abnahme der Sehkraft erlitten zu haben. Anfang August 1871 sei dann plötzliche Verschlimmerung des Leidens aufgetreten, so dass ein bekannter Augenarzt die Erblindung seines linken und die nicht völlige Integrität des rechten Auges constatirt habe. Die Anerkennung dieser Behauptung würde ihm die Verstümmelungszulage und die Kriegszulage zur Pension verschafft haben, scheiterte aber zunächst daran, dass die vorgesetzte Dienstbehörde ein Dienstbeschädigungs-Attest verweigerte. Der Hauptmann beschwerte sich darüber, und wurde von entscheidender Stelle angeordnet, dass zunächst der Zustand des Sehvermögens durch eine ärztliche Commission festgestellt werden sollte. Letztere glaubte die Ehrenhaftigkeit des Antragstellers nicht in Frage stellen zu sollen,

und nahm eine hochgradige Amblyopie des linken Auges an, ohne dieselbe jedoch erklären zu können. Mit Rücksicht auf letzteren Umstand wurde die Beobachtung im Garnisonslazareth zu Berlin verfügt, wo Rabl mit dem stereoskopischen Verfahren die Simulation so bestimmt nachwies, dass die gerichtliche Verurtheilung wegen versuchten Betruges erfolgte. Die Prüfung mittels des Prismenversuchs hatte keine positiven Resultate ergeben.

Eine Reihe anderer Vorschläge, Simulation einseitiger Blindheit zu entlarven (cf. Herter l. c., wo auch die Anwendbarkeit besprochen ist), glaube ich hier übergehen zu dürfen. Von allen gilt, dass man schwerlich mit ihnen etwas erreichen wird, wenn man mit Prisma und Stereoskop nicht zum Ziele kommen kann.

26. Einen Fall, bei dem es sich nicht um Simulation der Sehstörung, sondern um die Aetiologie derselben handelte, theilt Preuss (Deutsche milit.-ärztl. Zeitschr. 1877, Heft 8) mit. Ein Militärbeamter hatte im Kriege 1870 beim Besteigen des Pferdes von letzterem mit dem Kopf einen Schlag gegen das linke Auge erhalten, der jedoch durch den Helmschirm abgeschwächt wurde. Aus dem innern Augenwinkel sollen einige Tropfen Blut gekommen, das Auge eine Zeit lang ganz roth gewesen sein. Er bestieg trotz der Verletzung sein Pferd, ritt am selben Tage noch drei Meilen, machte auch in den nächsten Tagen grössere Märsche mit und that beständig seinen Dienst. Verordnet waren ihm kalte Umschläge. Er behauptete nun mehrere Jahre nach dem Kriege, dass er gleich nach dem Schlage eine Abnahme der Sehkraft gespürt habe, und dass allmählich das Auge fast ganz erblindet sei. Die Untersuchung ergab, dass die Sehschärfe allerdings stark herabgesetzt war, äusserlich zeigte sich das Auge ganz normal, bei seitlicher Beleuchtung liessen sich alte diffuse Hornhauttrübungen erkennen, theils punkt-, theils hufeisenförmig, welche das ganze Pupillargebiet einnahmen. Die Augenspiegeluntersuchung constatirte staphyloma posticum. Das Gutachten führte aus, dass nur Residuen älterer, wahrscheinlich in früher Kindheit abgelaufener Processe vorlägen, und dass nicht der geringste Umstand für eine durch Erschütterung des Augapfels bedingte Erblindung spräche.

Herabsetzung der Sehschärfe und Refractionsstörungen.

Die beiden Leiden, welche in der Ueberschrift genannt sind, und welche den Militärarzt in Bezug auf Rekrutirung und Invalidisirung interessiren, sollen hier aus praktischen Gründen gemeinsam besprochen werden. Der Simulant kommt mit der Klage, dass er schlecht sehen könne, und der Arzt hat zu prüfen, ob überhaupt etwas, demnächst aber, was vorliegt. Theils weil auf grössere Distancen geschossen und gezielt werden muss, theils in Folge der

genaueren Untersuchungsmethoden wird in neuerer Zeit eine viel grössere Zahl von Soldaten als früher wegen ungenügenden Sehvermögens entlassen, und in Folge dessen verfallen auch mehr Leute als früher auf den Gedanken, dass sie durch die Angabe, schlecht zu sehen, vielleicht doch noch den Unbequemlichkeiten des Soldatenlebens entgehen könnten. Klagen über Brustschwäche und schlechtes Sehen hört man bei der Rekrutenuntersuchung am häufigsten, sobald man nach Fehlern fragt. Untersucht man dann die Sehfähigkeit, so stellt sich heraus, dass eine ziemliche Zahl der Klagenden volle Sehschärfe hat, oder doch zu dem Geständniss genügender Sehschärfe zu bringen ist.

Die Mehrzahl unserer Rekruten hat mehr als volle Sehschärfe. Goedicke (Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift 1876, Heft 8) fand dieselbe unter 180 Rekruten bei 116 Mann über 1, bei 43 gleich 1.

Trotzdem muss man bei den Sehprüfungen äussert vorsichtig damit sein, den Verdacht der Simulation zu hegen oder gar auszusprechen. Bei keiner andern Untersuchung finden sich so leicht Widersprüche in den Angaben, ohne dass ein böser Wille des Geprüften vorliegt, und zwar nicht bloss bei unbeholfenen und des Lesens ungewohnten Leuten, sondern auch bei den sogenannten Gebildeten. Nicht selten, wenn man zunächst einen hartnäckigen Simulanten vor sich zu haben meint, findet man bei fortgesetzter oder wiederholter Untersuchung doch noch eine wirklich vorhandene Störung des Sehorgans und man sollte solcher Fälle immer eingedenk bleiben, wenngleich die Prüfung bei manchen Personen recht umständlich und langwierig sein kann und sich zu einer sehr unangenehmen Geduldsprobe gestaltet.

Die Feststellung der Sehschärfe durch die Sehproben ist bekannt. Die letzteren sind, so wie sie in den medicinischen Kalendern und sonst gedruckt werden, nur für Leute geeignet, die im Lesen geübt sind. Andere, welche zur Noth lesen können und sich selbst als des Lesens kundig bezeichnen, können öfters die Probebuchstaben nicht nennen, obwohl sie dieselben deutlich sehen wenn die Buchstaben eine etwas andere Gestalt haben, als die Leute sie zu sehen gewöhnt sind (z. B. im Gesangbuch). Auch die gewöhnlich gebrauchten Hakenproben sind nicht zu empfehlen, denn es dauert oft geraume Zeit, ehe man dem Untersuchten bei-

bringt, um was es sich bei den Haken überhaupt handelt, und ausserdem führen letztere leicht zu falschen Schlüssen, da sie nur vier verschiedene Stellungen bieten, und deshalb gerade ein williger aber etwas ängstlicher und mit Glück rathender Mann in den Verdacht gerathen kann, sich zu widersprechen und zu simuliren. Noch weniger sind die sogenannten internationalen (Burchardt'-schen) Punktproben zur Untersuchung Ungebildeter geeignet, denn Tafeln mit nur wenigen (1—4) Punkten sind zu leicht erkennbar und wenigstens zur genauen Bestimmung der Sehleistung nicht brauchbar. Grössere Punktgruppen dagegen umfasst zwar der Gebildete ganz oder gruppenweise mit einem Blick, ebenso wie er beim Lesen das ganze Wortbild (ohne die einzelnen Buchstaben und Silben zu beachten) erfasst, der Ungebildete aber zählt die Punkte (so wie er beim Lesen buchstabirt) einzeln zusammen, und da er sich meist nicht genau merkt, an welchem Punkte er zu zählen angefangen hat, so verzählt er sich sehr häufig. Dadurch wird die Untersuchung mindestens sehr verzögert.

Die besten Sehproben für Ungebildete sind daher Ziffern. Allerdings sind einzelne (wie 3, 8, 6) auf grössere Entfernungen schwer von einander zu unterscheiden, wenn man aber ganze Reihen von bunt durcheinander stehenden Ziffern (man kann sie sich selbst nach Vorlage zeichnen oder durchpausen) hat, und nur diejenigen von charakteristischer Gestalt (1, 2, 7, 4, 5) zur Prüfung verwendet, so lässt sich die letztere auf diese Weise jedenfalls am schnellsten durchführen.

Zu beachten ist, dass Leute, welche vor der Untersuchung viel an offenem Feuer gearbeitet haben (Schlosser, Schmiede, Büchsenmacher), nicht selten in Folge der Ueberblendung der Netzhaut eine auffallend herabgesetzte Sehschärfe zeigen, die aber mit Wegfall der Ursache nach einiger Zeit völlig verschwindet.

So hatte ein Büchsenmacher, der vorher bei hellem Feuer gearbeitet hatte, bei wiederholter Untersuchung im Zimmer wie im Freien kaum halbe Sehschärfe, während einige Wochen später volle Sehschärfe vorhanden war.

Astigmatiker pflegen bei Prüfung der Sehleistung (mit unbewaffnetem Auge) unter verschiedenen Bedingungen sehr wechselnde und ungleichmässige Angaben zu machen, so dass gerade diese

Leute von vornherein leicht den Verdacht der Simulation erwecken können.

Wenn man Misstrauen gegen die Angaben des Prüflings hegt, so untersucht man am besten im Freien. Hält man ihm die Probe, die er auf 100 Fuss sehen soll, auf 120—150 Fuss vor, so wird mancher sie vielleicht erkennen, aber dies ableugnen. Man tritt nun einige Schritte näher, stets wieder fragend. Endlich glaubt der Simulant sehen zu müssen, und thut er dies schon bei 55 Fuss, so sieht er mindestens genügend. Vielleicht gesteht er das Sehen erst bei 40 Fuss Entfernung ein. Dann beginnt man mit der Sehprobe für 70 Fuss ebenfalls in grosser Entfernung, sehr häufig lässt er sich dann verleiten, an derselben Stelle, wo er die erste Probe gesehen, auch die zweite zu erkennen. Schliesslich sieht er an dieser Stelle auch noch kleinere Proben. Macht der Mann ungenügende oder Zweifel erregende Angaben, so wiederholt man die Versuche am anderen Tage, oder mit einem anderen System von Sehproben, oder auch mit denselben Proben, indem man den Mann Kehrt machen lässt, und sich selbst in anderer Richtung aufstellt. Vielleicht gelingt es bei dem Versuche in anderer Richtung, die Angabe, eine Sehschärfe über $^1/_2$ herauszulocken. Ganz nothwendig ist es, wenn man in dieser Weise etwas erreichen will, die Sehproben auf verschiedenen Tafeln und nicht in Reihenfolge auf einer Tafel aufgeklebt zu haben, da in letzterem Falle dem Simulanten der Vergleich der Proben sehr erleichtert wird.

Gelangt man zu keinem genügenden Resultat bei der Prüfung mit Sehproben, so schliesst sich an letztere der Versuch, durch Gläser Besserung des Sehvermögens zu erzielen.

Um diese sogenannte klinische Methode zu vereinfachen, den Brillenkasten entbehrlich zu machen und die ganze Prüfung zu beschleunigen (was ja bei Massenuntersuchungen sehr wünschenswerth ist), hat man besondere Optometer construirt. Von den in Deutschland für militärische Zwecke in Gebrauch gekommenen sind zu erwähnen die von Goedicke, von Burgl und von Seggel. Alle arbeiten mit einem durch Vorhalten eines Convexglases in die Nähe gerückten Fernpunkt und so verkleinertem Accommodationsgebiet, alle verlangen, sobald es sich um die Prüfung verwickelter Verhältnisse, widersprechender Angaben u. s. w. handelt, eine genaue

Kenntniss der optischen Gesetze und alle leisten ziemlich dasselbe. (Am sinnreichsten erdacht und am vielseitigsten verwendbar dürfte der Burgl'sche sein, beschrieben in der Deutschen milit.-ärztl. Zeitschrift 1879, Heft 12.)

Man kann mit dem Optometer

1. Refraction und Sehschärfe in verhältnissmässig kurzer Zeit annähernd richtig feststellen, wenn der Untersuchte richtige Angaben macht und hinreichend intelligent ist,

2. Widersprüche in den Angaben des Untersuchten nachweisen; dieselben können sowohl auf Simulation als auch auf Unbeholfenheit beruhen. Das letztere ist gar nicht selten der Fall, denn auch dem Gebildeten fällt es schwer, sicher anzugeben, wann er die kleinen Sehproben des Optometers am deutlichsten sieht.

Für den sicheren Nachweis der Simulation ist also der Optometer nicht zu verwerthen und einen Aufschluss darüber, was eigentlich der Untersuchte sieht, giebt er bei widersprechenden Angaben nur insofern, als sich aus einer positiven Sehleistung schliessen lässt, was mindestens gesehen wird. Zudem lieben dummschlaue Leute gerade bei complicirteren Apparaten zu behaupten, dass sie wegen Flimmern, Schmerzen in den Augen u. s. w. überhaupt nichts deutlich sehen könnten.

Wenn der Arzt sich erst einige Uebung im Untersuchen mit einzelnen Gläsern erworben hat, so kann er damit ziemlich ebenso rasch wie mit dem Optometer auch bei Massenuntersuchungen seinen Zweck erreichen und er hat dabei den Vortheil, dass er die Sehschärfe viel genauer feststellt, zumal bei Refractionsstörungen. Hinsichtlich der Massenuntersuchungen kann man sich das Verfahren erleichtern, wenn man die Tafeln mit den Sehproben (abwechselnd) an eine gut beleuchtete Wand hängt und vorher die Entfernungen von derselben meterweise mit Kreide auf dem Fussboden bezeichnen lässt. Der Untersuchende hält die Gläser dem Prüfling selbst vor die Augen, um Beschmutzen durch die Finger, Augenflüssigkeit u. s. w. zu vermeiden. Auch kommt man dabei mit sechs Gläsern, die man verschieden combinirt, aus.

Nach Seggel (Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift 1884, Nr. 8) braucht man $-0{,}5$, -1, -2, -3, -4 und $+4$ (Dioptrieen) und combinirt

— 1 und — 4 = — 5
— 3 „ — 4 = — 7
— 2 „ + 4 = + 2
— 1 „ + 4 = + 3 u. s. w.

Stehen mehr Gläser zu Gebote, so kann man sie sich nach Peltzer's Vorschlag (Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift 1879, Heft 12) reihenweise zwischen schmale, linealähnliche Leisten einklemmen lassen. Man braucht dann die Gläser nicht auszuwechseln, sondern führt das Lineal einfach an dem Auge vorbei.

Die Gläseruntersuchung kann folgende Ergebnisse haben:

1. Es wird mit einem Glase volle oder doch hinreichende Sehschärfe zugestanden. Damit ist zwar noch nicht bewiesen, dass der durch das Glas angegebene Refractionszustand wirklich besteht (z. B. können auch Emmetropen mit guter Accommodation durch ein mittelstarkes Concavglas volle Sehschärfe erzielen), doch wird eine weitere Untersuchung in der Regel nicht nöthig sein, da ja der Zweck (Nachweis eines guten oder doch genügenden Sehvermögens) erreicht ist.

2. Es wird weder durch Concav- noch durch Convexglas bessere Sehschärfe erzielt. Der Grund kann sein:

a) Hornhauttrübung bzw. unregelmässiger Astigmatismus. Der Nachweis ist durch seitliche Beleuchtung zu erbringen.

27. Ein Mann kam den Anforderungen auf dem Scheibenstand nicht nach und behauptete überhaupt in die Ferne schlecht zu sehen. Trotzdem für die Nähe volle Sehschärfe bestand, lag keine Myopie vor und der Mann wurde längere Zeit für einen Simulanten gehalten. Erst bei genauer Untersuchung mittels focaler Beleuchtung fand man einen kleinen Hornhautfleck gegenüber dem Rande einer mässig engen Pupille. Beim Fixiren naher Gegenstände trat eine synergische Pupillenverengerung ein, welche den Fleck unschädlich machte. Beim Sehen in die Ferne war die gleichzeitige Erweiterung der Pupille bedeutend genug, um den Hornhautfleck mit seinem störenden Einfluss in den Bereich derselben aufzunehmen. (Nach Herter l. c.)

v. Fillenbaum l. c. erwähnt auch absichtlich herbeigeführte Hornhauttrübungen, sowohl durch Schnepperschnitt, der eine lineare Narbe hervorbringt, als auch durch Ansetzen eines Blutegels (sehr selten). Letzteres Verfahren würde an der dreieckigen Form der Narbe erkennbar sein. Derselbe Autor hat auch Tätowirung der Hornhaut beobachtet: kreisrunde braune Flecke, welche in 3—6 Wochen verschwunden sein können. Wie die Tätowirung bewirkt wird, ist nicht bekannt.

b) Regelmässiger Astigmatismus (Median-Asymmetrie), welcher durch cylindrische Gläser oder den stenopäischen Spalt mit gewöhnlichen Convex- und Concavgläsern nachgewiesen wird. Steht beides nicht zu Gebote, so kann man den Hornhautspiegel (Keratoskop) oder die Burchardt'schen astigmatischen Tafeln anwenden. Ersterer zeigt das Vorhandensein aber nicht den Grad des Astigmatismus an, letztere lassen auf die Richtung des asymmetrischen Meridians schliessen, wenn der Astigmatismus, wie gewöhnlich, auf ungleichmässiger Krümmung der Hornhaut beruht.

c) Starke Hyperopie oder Hyperopie mit starkem Accommodationskrampf; in beiden Fällen pflegen Convexgläser keine oder doch so unbedeutende Besserung zu bringen, dass letztere nicht zum Bewusstsein kommt. Beide werden durch Atropinisirung, noch besser durch den Augenspiegel nachgewiesen.

Manchmal wird auch bei sehr starker Myopie Besserung durch das entsprechende Glas nicht zugestanden, weil die Sehschärfe zu sehr herabgesetzt ist.

d) Amblyopie und Erkrankungen des inneren Auges, die nur durch den Augenspiegel nachgewiesen werden können.

Lassen sich letztere nicht finden, so muss man die Sehfähigkeit auf verschiedene Entfernungen unter verschiedenen äusseren Bedingungen prüfen, wie auch schon oben angegeben. Man wird dann bei Simulanten Widersprüche finden, die freilich an sich kein Beweis der Simulation sind. Immerhin kommt man vielleicht dazu, festzustellen, was der Untersuchte mindestens sieht.

Zu empfehlen ist in dieser Hinsicht auch der Spiegelversuch: Der Prüfling hat die Sehproben vor der Brust und betrachtet sie in dem ihm gegenüber aufgestellten Spiegel. Was er erkennt, hat er also in der doppelten Entfernung des Spiegels von ihm selbst gesehen. Bei weniger intelligenten Leuten kommt man mit diesem Versuch öfter zum Ziel. Zweckmässiger Weise begründet man vorher die Anwendung des Spiegels damit, dass die Blendung so geringer wäre oder in ähnlicher Weise.

3. Es wird durch Gläser bessere aber noch nicht genügende Sehschärfe zugestanden. In solchen Fällen ist das Beste, den Augenspiegel anzuwenden, mit dem man die Refraction nachprüft, wobei

auch gewöhnlich etwa vorhandene Hornhauttrübungen oder Veränderungen des Augeninnern aufgefunden werden.

Kann man den Augenspiegel nicht anwenden, so prüft man durch Vorhalten verschiedener Gläser in nicht zu rascher Folge (man kann auch dasselbe Glas wieder vorhalten mit der Behauptung, es sei eine stärkere Nummer, durch welche besser gesehen werde), durch Bestimmung des Nahepunktes, bei stärkeren Myopiegraden durch Feststellung des Fernpunktes zuerst vor, dann nach Atropinisirung*) (besser noch ist Anwendung von Cocaïn oder Homatropin, deren Wirkung schneller vorüber geht). Ist die Refraction anscheinend richtig festgestellt, so prüft man die Sehschärfe wie bei Amblyopie.

4. Die beste Sehschärfe wird nur durch $-\,^1/_6$ (15 cm Fernpunktsabstand) oder ein noch schärferes Glas erreicht, der Untersuchte ist also zum Militärdienst untauglich. Zu diesem für Militärärzte besonders wichtigen Punkt ist zu bemerken, dass die blosse Gläseruntersuchung gar nichts beweist, da auch ein geringgradiger Myop durch $-\,^1/_6$ noch eine ganz leidliche Sehschärfe erzielen kann, wenn er eine gute Accommodation besitzt und diese durch Lesen mit scharfen Concavgläsern geübt hat. Für intelligentere Leute ist solche Simulation nicht so schwer und gewiss öfter mit Erfolg durchgeführt worden.

Zur Controle bestimmt man den Fernpunkt direct durch Lesenlassen kleiner Schriftproben, sowie den Nahepunkt, event. nach Lähmung der Accommodation durch Cocaïn. Man kann sich auch des in Bayern für das Ersatzgeschäft eingeführten Steinheil'schen Verfahrens bedienen (cf. Seggel, Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift 1884, Heft 6). Dies Verfahren besteht in Folgendem: Mit einem Concavglas von 13 Dioptrieen (ca. $^1/_3$) in einer Entfernung von 1 cm vom Knotenpunkt, also mit der faktischen Wirkung eines im Knotenpunkt befindlichen Concavglases von 11 Dioptrieen (ca. $1/3^1/_2$) muss man mindestens Myop $^1/_6$ sein, um kleine Schriftproben in 15 cm

*) Schon von J. Koller (Anomalien der Refraction und Accommodation, Bern 1867) empfohlen. Der wirklich Myopische liest nach Atropinisirung in der vorher festgestellten Entfernung, der Emmetrop oder leicht Myopische kann dies nur durch Concavgläser.

Entfernung oder noch näher sehen zu können, bez. müssen die Proben von Myopen von $^1/_6$ und darunter erkannt werden.

Die Probe versagt dann, wenn die Accommodationsbreite eines 20jährigen Mannes mehr als 11 Dioptrieen beträgt und die Accommodation geübt ist, z. B. bei Einjährig-Freiwilligen. In diesem Fall wird auch ein Myop geringeren Grades die Probe bestehen und irrthümlich für untauglich gehalten werden. Andererseits bestehen Leute, die thatsächlich Myopie $^1/_6$ und darunter haben, die Probe oft nicht, wenn sie Sehschärfe unter $^1/_2$ oder beschränkte Accommodation haben. Auch wird bei Ungebildeten die Ungewandtheit in Betracht zu ziehen sein, auf so nahe Entfernungen durch ein Glas kleine Probezeichen zu erkennen.

Seggel hat 85 Myopen von $^1/_6$ und darunter mit der Steinheil'schen Methode untersucht; in 70 Fällen wurde sie bestanden, in 15 nicht, darunter 12 wegen unter $^1/_2$ herabgesetzter Sehschärfe, 3 wegen beschränkter Accommodation.

Ein Bestehen der Probe ist im Allgemeinen massgebender als ein Nichtbestehen, doch darf der Prüfling nicht unter 20 Jahren sein und nicht den Verdacht erwecken, dass er seine Accommodation mit scharfen Gläsern geübt hat.

Jedenfalls ist auch dies Verfahren nicht untrüglich und es bleibt in zweifelhaften Fällen immer wieder nur der Gebrauch des Augenspiegels übrig, um die Refraction bei stärkerer Myopie und bei Ungeübten im umgekehrten Bilde festzustellen.

Endlich ist zur Prüfung, ob richtige Angaben über die Sehschärfe gemacht werden, unter Umständen auch das Verfahren von Wolffberg (Archiv f. Ophthalm. Band XXI, 1 und Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde 1886, S. 359) zu verwerthen. Derselbe prüft den centralen quantitativen Lichtsinn mit rothen und blauen Tuchscheiben (von 2 bez. 7 mm Durchmesser) auf schwarzem Sammtgrund. Die Beziehungen zwischen centralem Farbenmaximum und Sehschärfe (centralem Farbensinn), sowie Refractions-Anomalien geben Anhaltspunkte, um aus ersterem auf letztere schliessen zu lassen, wie Seggel (Archiv f. Augenheilkunde XVIII) besonders eingehend untersucht hat. Der Hauptsatz, der von Seggel bestätigt wurde, ist:

Wird r^2 bl^7 (rothe Scheibe von 2, blaue von 7 mm Durch-

messer) in mindestens $5^1/_2$ Meter Entfernung erkannt, so bedeutet dies den Nachweis normaler Sehschärfe.

Das Verfahren ist also bei Analphabeten und bei Leuten, die sonst gar nichts sehen wollen, brauchbar. Letztere, welche Probezeichen sonst nicht erkennen wollen, geben doch gewöhnlich zu, dass sie Farben von einander unterscheiden können. Beginnt man dann die Prüfung in recht weiter Entfernung und rückt langsam mit den farbigen Proben näher, so gelingt es wohl, das Eingeständniss von ihnen zu erlangen, dass sie r^2 bl^7 auf $5^1/_2$ Meter sehen.

Die sonstigen Beziehungen zwischen centralem Farbenmaximum und Refraction u. s. w. sind complicirter und auch für den Nachweis der Simulation nicht mehr verwerthbar, als die sonstigen Methoden.

Hemeralopie

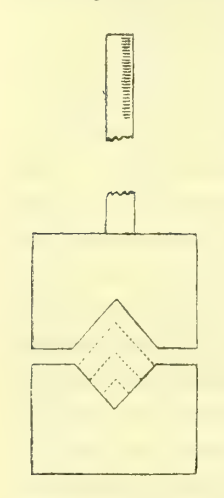
kommt bekanntlich acquirirt und angeboren vor. Was die erstere betrifft, so ist das wirksamste Mittel gegen dieselbe ein ein- oder mehrtägiger Aufenthalt im Finstern. Dies Mittel wird sich auch gegen die Simulation des Leidens, besonders bei Verschärfung desselben durch Isolirung, vortrefflich erweisen.

Simulationen dieser vorübergehenden Hemeralopie, um sich für kurze Zeit von unangenehmem Dienst zu befreien, ist bei Soldaten und Schiffsbesatzungen wiederholt beobachtet worden, heut zu Tage kommt sie wohl am häufigsten bei Gefangenen vor, welche die Krankheit durch Erfahrung kennen gelernt haben und dieselbe simuliren, wenn der Aufenthalt im Lazareth ihnen grössere Annehmlichkeit bietet.

Die angeborene Hemeralopie kann (abgesehen von den Fällen, in denen Amblyopien oder andere Krankheitszustände fälschlich zu ihr gerechnet werden) ohne wesentliche objective Veränderungen bestehen und daher für die Unterscheidung von Simulation und wirklicher Krankheit grosse Schwierigkeiten verursachen. Sie wird hin und wieder von Rekruten simulirt. Nun sollte man meinen, dass es bei einem solchen von Jugend auf bestehenden Leiden leicht sein müsse, die Wahrheit oder Unglaubwürdigkeit der Behauptung durch Zeugnisse zu erweisen. Allein diese Zeugnisse, da sie immer nur von der nächsten Umgebung ausgehen können, sind

leider nicht immer zuverlässig, ausserdem verlangt § 33 der Dienstanweisung für die Aerzte der deutschen Armee, dass sie auf Grund eigener Untersuchung, nicht auf fremde Bezeugung oder Bescheinigung hin, ihr Urtheil abgeben.

Als bestes Mittel zur Untersuchung hat sich mir der von R. Förster angegebene Photometer (Ueber Hemeralopie und die Anwendung eines Photometers im Gebiet der Ophthalmologie, Breslau 1857) wiederholt bewährt. Derselbe besteht aus einem innen geschwärzten allseitig geschlossenen Kasten von etwa 32,5 cm Länge und 21 cm Höhe und Breite. An der einen Schmalseite befinden sich zwei runde Oeffnungen von der Grösse gewöhnlicher Ocularglàser und 6,5 cm Centrumsdistanz für die Augen des zu Untersuchenden, und daneben in gleicher Höhe eine quadratische Oeffnung, durch welche das Licht*) in den Kasten fallen soll. Diese Oeffnung kann durch zwei mittels einer Schraube übereinander verschiebbarer Messingplättchen (s. die Zeichnung, wo sie in halber Grösse und der Deutlichkeit wegen getrennt dargestellt sind) beliebig bis zum Verschwinden verkleinert werden und ist mit dem oberen dieser Plättchen ein (25 mm) Massstab verbunden, welcher aus dem Kasten hervorragt und an welchem ersehen wird, wie gross die Diagonale der Lichtöffnung bei Näherung und Entfernung der Messingplättchen ist. Zwischen dieser Oeffnung für die Lichtquelle und den Oeffnungen für die Augen springt am Kasten ein leistenartiger Schirm vor, damit nicht störende Lichtstrahlen von der Seite auf die zu untersuchenden Augen fallen. An der entgegengesetzten Schmalwand im Innern des Kastens werden nun mittelst Klappe oder Schieber im Deckel oder der Hinterwand die Sehproben (dunkle Figuren auf weissem Felde) aufgestellt und in be-



*) Das Licht einer Wachskerze nach Förster, doch ist eine ganz kleine Petroleumlampe, wie ich sie bei dem Danziger Specialisten, Dr. Schneller, gesehen habe, praktischer, da das Licht viel gleichmässiger ist und man auch den Apparat zum Heben des herabbrennenden Lichtes (dessen Flamme natürlich immer mitten vor der Lichtöffnung stehen muss) dabei erspart.

liebiger Weise befestigt. Die ganze Untersuchung wird im verdunkelten Zimmer und nachdem sich der zu Untersuchende eine Weile in demselben aufgehalten hat, vorgenommen. Eine absolute Dunkelheit ist nicht erforderlich, dieselbe wird auch durch die Lichtquelle verhindert, welche für den Untersucher genügend Licht giebt, die Proben auszuwählen und die Grösse der Lichtöffnung am Maassstabe abzulesen und zu notiren. Man schliesst nun die Oeffnung bis auf etwa 2 mm und lässt verschiedene Sehproben beobachten, die Lichtöffnung langsam so lange erweiternd, bis dieselben erkannt werden. Bei jeder einzelnen Probe prüft man erst die erforderliche Lichtstärke mit dem eigenen Auge, dann mit dem des zu Untersuchenden und notirt regelmässig die gefundenen Resultate. Aus einer Reihe von Beobachtungen wird man sehr bald schliessen können, ob der Untersuchte die Wahrheit sagt oder zu täuschen sucht, denn der wirklich Nachtblinde wird annähernd gleiche Angaben machen, der Simulant wird die Lichtstärke, bei der er sehen kann, nie gleichmässig angeben können. Um die Entlarvung leichter zu erreichen, wird man die Lichtstärke bald schneller, bald langsamer zunehmen lassen, man kann auch am Tage zwei Mal oder am nächstfolgenden Tage noch ein Mal mit denselben Proben untersuchen, über deren Sehen man schon Resultate notirt hat. Selbstverständlich muss man auch bei dieser zweiten Untersuchung regelmässig jedes Sehobject zuerst mit dem eigenen Auge sehen, denn die Lichtstärke der Flamme könnte ja grösser oder geringer sein, als früher.

Förster wendet als Sehobjekte senkrechte Striche von verschiedener Breite und Zahl an. Für unsere Zwecke habe ich praktisch gefunden, kleine Figuren von 5 bis 7 mm Durchmesser in verschiedener Configuration zu zeichnen, und zwar je eine Figur auf ein Blatt.



Man hat dabei noch einen Vergleichungspunkt mehr, da zunächst bei schwacher Beleuchtung die Figur nur als dunkler Punkt auf grauem Grunde erscheint, bei einem zweiten Grade von Lichtstärke die Umrisse erst deutlich werden. Die Gefahr für den

Simulanten, sich in seinen Angaben zu widersprechen, wird dadurch noch grösser, da er sich leicht verlocken lässt, bei einer Beleuchtung die Conturen genau zu sehen, bei welcher er in der vorhergehenden Untersuchung nur einen undeutlichen dunklen Punkt erblickte. Auch kann man sich die Figuren von derselben Grösse leicht mit Bleistift und mit Dinte zeichnen. Natürlich muss dann die Dintezeichnung, da sie sich viel schärfer vom weissen Papier abhebt, früher gesehen werden. Die vorstehenden einfachen Figuren reichen dann vollständig aus.

Besonders bei dieser Form der Simulation wird man nicht selten dummschlaue Simulanten finden, welche bei jeder Beleuchtung auf die Frage: „was sehen Sie?“ consequent mit: „Nichts“ antworten. In solchem Falle wird man einige Proben zunächst bei voller oder fast voller Beleuchtung zeigen müssen, auch kann man Plangläser in die Ocularöffnungen einstellen. Im Uebrigen gilt das auf Seite 70 Gesagte. Hat man den Simulanten überhaupt erst so weit, dass er Angaben macht, so wird er durch wiederholte Untersuchungen auch so weit zu ermüden sein, dass er bei geringeren Helligkeitsgraden sieht und zwar bei solchen Graden, welche Nachtblindheit ausschliessen. Man kann so zuweilen den positiven Beweis der Simulation, nicht bloss den Nachweis führen, dass der Untersuchte die Unwahrheit sagt.

So gelang es mir, einen Mann, der auch anfangs fast nichts im Photometer sehen wollte, dazu zu bringen, dass er die Figuren in einer Beleuchtung sah, bei welcher von Nachtblindheit keine Rede sein konnte. Der Mann war in der That etwas amblyopisch, sah in der Dämmerung wahrscheinlich schlechter und sein früherer Dienstherr hatte bezeugt, dass er ihn bei Nacht nicht als Kutscher gebrauchen konnte. Nachtblind aber war er nicht.

Der Vorschlag von Herter, den oben beschriebenen Förster'schen Apparat zweier verschiebbarer Platten über einer quadratischen Lichtöffnung im Fensterladen eines gewöhnlichen dunklen Zimmers, wie es für Augenuntersuchungen gebraucht wird, anzubringen, erscheint zunächst als eine Vereinfachung des Verfahrens, indessen dürfte ein schwächeres Licht als das der Sonne doch vorzuziehen sein. Das durch sehr kleine Oeffnungen in ein Zimmer dringende Tageslicht bildet einen Lichtkegel, in welchem auch der Nachtblinde sieht, während das Zimmer in seinen übrigen Parthien vollkommen finster bleibt und nur an den Grenzen dieses Lichtkegels besteht eine Art Dämmerlicht.

Einengung des Gesichtsfeldes

wird wohl nie ganz ohne Grund angegeben, doch sind Uebertreibungen der wirklich vorhandenen Sehstörung nicht selten, um einen höheren Grad von Erwerbsunfähigkeit zugebilligt zu erhalten. Ein Mittel, den absichtlichen Lügner zu erkennen (das man übrigens auch bei anderen Sehstörungen anwenden kann), versagt dabei niemals: man prüft das excentrische Sehen in bekannter Weise auf verschiedene Entfernungen in derselben Sitzung, der Simulant glaubt dann immer die unvermeidliche Vergrösserung des Sehfeldes bei zunehmender Entfernung von der Probetafel nicht anerkennen zu dürfen. Genaue Feststellung des Sehfeldes an verschiedenen Tagen wird dann den Simulanten als solchen überführen. Man soll dabei beachten, dass geringe Abweichungen auch bei Nichtsimulanten vorkommen, namentlich wenn man ein Mal von dem sehenden zum nichtsehenden Theile des Gesichtsfeldes übergeht, das andere Mal aber in umgekehrter Richtung.

Accommodationsstörungen

werden wohl kaum simulirt. Indessen die Wirkung des Atropins ist auch in weiteren Kreisen bekannt geworden und da Simulationslustige es häufig schon als einen Gewinn betrachten, wenn sie überhaupt etwas Abnormes vorzeigen können, so wäre es nicht unmöglich, dass Atropin oder Calabar in betrügerischer Absicht angewendet wird. Ich setze deshalb die praktischen Schlusssätze hierher, welche Kratz (l. c. S. 99) auf Grund eigener Untersuchungen, sowie der von Graefe und Donders aufgestellt hat (cf. auch S. 73):

1. Eine sehr hochgradige Erweiterung oder Verengerung einer oder beider Pupillen eines Heerespflichtigen erregt an und für sich stets den Verdacht eines Betruges.

2. Dieser Verdacht wird gesteigert, wenn die abnorm erweiterte Pupille keine Lichtreaction zeigt.

3. Der Verdacht des Betruges wird nahezu zur Gewissheit, wenn Calabar nicht binnen einer halben Stunde eine Verengerung der abnorm erweiterten Pupille bewirkt.

4. Eine Pupillenverengerung ist immer durch Betrug erzeugt, wenn sie binnen zwei Stunden von selbst verschwindet.

Krankheiten der äusseren Augenmuskeln.

Lähmung oder Parese eines Levator palpebrae superioris ist zuweilen simulirt worden. Die Absichtlichkeit ist meist leicht zu erkennen, besonders die unterstützende willkürliche Contraction des Sphincter. Fordert man den Simulanten auf, einen Punkt an der Decke zu fixiren, so versucht er beständig den Kopf selbst zu heben, um die unwillkürliche Mitbewegung des M. levator zu vermeiden. Ferner ist empfohlen, den Simulanten plötzlich aus dem Schlaf zu wecken, er wird dann zunächst das Auge öffnen, ohne an die simulirte Lähmung zu denken.

Lidkrampf dürfte selten simulirt werden. Einen Fall, wo Simulation vermuthet wurde, sah ich nach Wochen heilen. Möglich, dass die ausserordentliche Unannehmlichkeit des Zustandes und die Ueberzeugung der Nutzlosigkeit die Heilung bewirkt hatten.

28. Eine ähnliche Simulation versuchte ein Rekrut N., welcher sofort nach seiner Einstellung in Lazarethbehandlung wegen Bindehautkatarrh und Tripper kam. Nach 14 Tagen geheilt entlassen, that er einen Tag Dienst; am nächstfolgenden Tage behauptete er, dass ihm alles vor den Augen verschwimme, so dass er weder putzen, noch seinen Vordermann sehen könne, welchen letzteren er auch möglichst oft umrannte. Er gab ferner an, dass dieser Zustand seit seiner Kindheit periodisch bei ihm auftrete. Wieder in's Lazareth geschickt, simulirte der Mann Lidkrämpfe, jedoch nicht in der gewöhnlichen Form, sondern indem er mit den normal gefärbten, nicht geschwellten Lidern unaufhörlich und sehr rasch zwinkerte, die Lidspalte stets nur wenig öffnend. Beobachtete man ihn längere Zeit, so wurden die Bewegungen allmählich langsamer, cessirten jedoch nicht ganz. Im Uebrigen ahmte er die Bewegungen eines Blinden in sehr ungeschickter Weise nach. Da er wahrscheinlich gesehen, dass Blinde auf unebenem Boden die Füsse höher heben als andere, so ging er selbst im Zimmer mit vollständigem Hahnentritt, die Füsse so erhebend, dass das Kniegelenk einen rechten Winkel bildete. An Menschen und Gegenständen kam er nie vorbei, ohne sie energisch anzustossen und dachte er nicht daran, wie ein wirklich Blinder die Hände tastend vorzustrecken. Auf den äusserlich normal erscheinenden Bulbis zeigte sich bei seitlicher Beleuchtung rechts an der oberen Pupillargrenze eine oberflächliche, sehr blasse, hirsekorngrosse, diffuse Trübung, auch ein einzelner freier, kaum wahrnehmbarer Punkt im Centrum, links dagegen ähnliche, kaum wahrnehmbare Trübungen schon weit ausserhalb des Pupillargebietes. Die sehr erschwerte Augenspiegeluntersuchung hatte nur negative Resultate. N. hatte also früher Augenentzündungen überstanden, die er nun zu verwerthen trachtete. Das Blinzeln bestand acht Tage fort, dann wurde es durch Anwendung des elektrischen Stromes geheilt. Jedoch wollte

N. auch weiterhin Sehstörungen haben, wie sie durch die gefundenen geringen Trübungen nicht erklärt wurden. Er machte sehr wechselnde Angaben über seine Sehschärfe, so an einem Tage rechts $^{30}/_{400}$ (cm), links $^{20}/_{400}$, am folgenden Tage rechts $^{25}/_{500}$ und $^{35}/_{2400}$, links $^{15}/_{400}$ und $^{15}/_{2400}$. Correctur durch Gläser gab er nicht zu. Während nun versucht wurde, rücksichtlich der Sehschärfe allmählich zu besseren Resultaten zu kommen, erkrankte N. (drei Wochen nach seiner Aufnahme) unter geringem abendlichen Fieber an einer katarrhalischen Angina. Zwei Tage darauf klagte er über Ohrenfluss. Man fand den linken Gehörgang voll Eiter, die Wand desselben erodirt, im linken Trommelfell einen bedeutenden, den grösseren Theil des Centrums einnehmenden, von vorn oben nach hinten und unten verlaufenden ovalen Substanzverlust mit blassen unregelmässigen Rändern. Die Schleimhaut der Paukenhöhle war blass, in der unteren Abrundung des Defects sah man eine röthliche, granuläre, vom Boden der Paukenhöhle ausgehende Wucherung. Im Laufe der Behandlung des Ohrenleidens, das schliesslich doch die Untauglichkeitserklärung nothwendig machte, besserte sich die Sehschärfe sehr erheblich, zunächst auf $^{130}/_{400}$. (Die Perforation dürfte alt, der Mittelohrkatarrh ein Recidiv gewesen sein.)

Schielen lässt sich in überzeugender Weise nicht simuliren. Es gelingt freilich einzelnen Individuen, ein Auge excessiv nach aussen oder innen zu stellen. Sobald man jedoch das Auge einem fixirten Gegenstande folgen lässt, zeigt sich, dass diese Abweichung nur in der einen eingeübten Stellung möglich ist.

29. Kratz l. c. erzählt folgenden Fall: Füsilier W., Ostpreusse von Geburt, der bis zu seinem Eintritt in die Armee als „Dachdecker" fungirt hatte, erschien nach seiner Einstellung nicht anders, als entweder mit excessiv nach rechts gerichteten Augen, oder — und zwar in der Regel — mit geschlossenem rechten Auge, in welchem Zustande es ihm angeblich allein möglich war, das linke Auge frei zu bewegen. Wenn man in der letzteren Stellung den Finger auf die geschlossenen Augenlider der rechten Seite legte und ihn das linke Auge bewegen hiess, so fühlte man unter dem Finger deutlich die Mitbewegung des rechten Auges. Die während des Schlafes geöffneten Augen zeigten eine vollkommen normale Stellung: alsbald aber erwachte er und war sofort wieder Meister seiner Augenmuskeln. Es wurde der Versuch gemacht, wie lange er die excessive Rechtsstellung der Augen würde aushalten können. (Es wurde ihm hierbei bedeutet, dass man ihm, sobald er das rechte Auge schliessen würde, dasselbe mit Sperrhaken auseinander halten werde.) Er beharrte 45 Minuten in der angenommenen Stellung; da endlich, nachdem sich einige Minuten vorher ein immer stärker werdendes Zittern beider Bulbi eingestellt hatte, benutzte er einen scheinbar unbewachten Moment, um sich durch eine Linksstellung der Augen zu erholen. Dabei überrascht nahm er sofort wieder die Rechtsstellung ein.

Sämmtliche Aerzte waren von der Simulation überzeugt. Das Gutachten konnte aber gegen die Atteste des Lehrers, des Predigers, verschiedener Gemeindemitglieder, „dass er schon als Kind immer sehr verstellte Augen gehabt, dass er geschielt habe, und dass er kurzsichtig und schwachsichtig gewesen sei," nicht aufkommen, da es selbstverständlich nicht möglich war, die Sehkraft und Sehweite dieses Simulanten festzustellen*) und die Möglichkeit einer Myopie und eines Strabismus zugegeben werden musste. So sehr auch betont wurde, dass der Mann schwerlich Dachdecker geworden sein würde, wenn in der That die attestirten Gesichtsanomalien bei ihm vorhanden gewesen wären: — der Mann wurde freigesprochen und als dienstunbrauchbar entlassen.

Nystagmus lässt sich ebenfalls nicht in der Dauer, wie er pathologisch vorkommt, simuliren. Die Ermüdung der Muskulatur tritt sehr bald ein. Boisseau berichtet (cf. Herter l. c.) allerdings über einen Fall, wo der Nystagmus auftrat, sobald der Betreffende es wollte und mit weit geöffneten Augen vor sich hinstarrte. Es fragt sich, ob man in diesem Fall den Nystagmus einen willkürlichen nennen durfte und ob nicht in Folge der Muskelanspannung bei der starren Stellung der Augen der Krampf eintrat, gerade wie bekanntlich manche Menschen bei gewissen Stellungen des Fusses sofort Wadenkrämpfe bekommen.

Conjunctivitis und ihre Folgezustände.

Conjunctivitis wird zu Simulationszwecken absichtlich hervorgerufen durch Einbringen scharfer Substanzen, wie Canthariden, oder rein mechanische Reizung, wie Reiben und Einbringen von Kalkstückchen. (Ein Mann, in dessen Auge ich Kalkstückchen fand, war so naiv, zu behaupten, sie seien ihm von der Wand in's Auge geflogen.)

Lindemann (Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift 1884, Heft 9) berichtet über einen Fall, in dem Jahre lang vor der Einstellung in das Militär beide Augen mit Canthariden (Pflaster in Alkohol gelöst) behandelt worden waren. Das Mittel wurde im Lazareth im Strohsack verborgen aufgefunden.

Hat man Verdacht, so muss man versuchen, durch unvermuthete Revisionen des Auges wie der Effecten des Kranken (letzteres nie bei der Visite) das Reizmittel zu finden, sowie sich ferner bestreben, durch Verbände mittelst eines Uhrglases, Heftpflaster

*) Warum nicht wenigstens am linken Auge? H.

und viel Collodium das Auge vor ferneren Insulten zu schützen. Es ist auch dabei sehr schwer, dem Betrüger eine absichtliche Verschiebung des Verbandes nachzuweisen, die ja auch unwillkürlich des Nachts stattgefunden haben kann. Das Beste leistet dabei immer gutes Collodium. Wenn man auf diese Weise nicht zum Ziele kommt, so bleibt nichts übrig, als dem hartnäckigen Simulanten die Sache in anderer Weise zu verleiden.

30. Was der Geduld, nicht eines Menschen überhaupt, sondern nur der eines beamteten Arztes zugemuthet werden kann, zeigt der folgende Fall, den wir allen denen zur Lectüre empfehlen, welche nicht genug davor warnen können, jemand als Simulanten zu behandeln, ehe er als solcher gerichtlich verurtheilt ist. Der Simulant, dessen Geschichte folgt, ist streng gesetzlich behandelt worden, er hat in Folge dessen mehr als sieben Monate hindurch die Aerzte ungestraft verhöhnen dürfen und hätte es noch länger thun können, wenn er an der Fortsetzung seiner Simulation ein Interesse gehabt hätte. Er war dabei frech genug, sich darüber zu beschweren, dass man ihm bei seinen Leiden keinen Glauben schenke. Ob eine gerichtliche Verurtheilung bei seinen schauspielerischen Talenten zu erzielen gewesen wäre, dürfte sehr zweifelhaft sein.

N. ging, im dritten Dienstjahr stehend, am 21. März, nachdem er den Revierarzt durch wiederholte geringe Conjunctivitis gelangweilt, dem Lazareth zu. Die Bindehaut der leicht geschwellten Lider war wenig geröthet und gelockert und ohne Secretion, die äusseren Lidränder geröthet, die Cilien theils ausgefallen, theils durch Eiter verklebt. Es wurde die Diagnose Conjunctivitis und Blepharadenitis gestellt und demgemäss behandelt. Dieses ja sehr unbedeutend erscheinende Leiden wurde bald etwas besser, bald wieder schlechter, war jedoch nicht völlig zu beseitigen. Ein Grund des beständigen viele Wochen dauernden Reizzustandes wurde vergeblich gesucht, auch die Augenspiegelung Seitens verschiedener Aerzte ergab nichts Anomales. In Kleidern und Effecten des Kranken fand man nichts Verdächtiges. Allmählich besserte sich denn doch das linke Auge, während das rechte immer gereizt blieb und auch die Schwellung der Lider desselben zunahm. Plötzlich nach zweimonatlichem Aufenthalt im Lazareth erklärte N., dass er auf dem rechten Auge blind sei, das Sehvermögen sei allmählich immer schlechter geworden, und jetzt könne er nicht einmal hell und dunkel unterscheiden. Als Ursache schuldigte er direct eine eingeträufelte schwache Höllensteinlösung an. Ein wirklicher Grund oder auch nur eine Möglichkeit der Erklärung der Erblindung fehlte ganz. Man dachte nun, den Mann durch den Graefe'schen Prismenversuch zu entlarven, indessen wenn man das Prisma vor das gesunde linke Auge hielt, leugnete N. die Doppelbilder, und wenn man es vor das angeblich blinde Auge hielt, gab er an, gar nichts zu sehen, auch nicht mit dem gesunden Auge. Nun wurde der Versuch gemacht, das von Alfred

Graefe angegebene Verfahren (cf. S. 76) auszuführen. Man versuchte zunächst das Prisma so vor das gesunde Auge zu halten, dass monokulares Doppelsehen entstehen musste. Allein der Simulant merkte Unrath, und liess es dazu nicht kommen, indem er das Auge nicht fixirend einstellte, sondern bald rechts, bald links an dem Prisma vorbeisah, unter der Behauptung, ,,er könne das Auge nicht still halten.“ Somit war das Verfahren unausführbar gemacht. Wenige Tage nachher liess N., welcher das rechte Auge beständig geschlossen hielt, angeblich weil er die geschwollenen Lider nicht spontan öffnen könne, eine Untersuchung mit dem Augenspiegel (wieder rein negatives Resultat) zu. Bei derselben behauptete er, dass das Licht ihn blende und steche, während er gleichzeitig angab, nicht hell und dunkel unterscheiden zu können (cf. Arlt's Ansicht S. 73). Der äussere Zustand des Auges (Schwellung der geschlossen gehaltenen Lider, wenig Injection der Conjunctiva, wässriges, selten schleimig-eitriges Secret) blieb ganz derselbe, ebenso die angebliche Erblindung — da brachte vier Wochen nach Eintritt der letzteren (drei Monate nach der Lazarethaufnahme) N. ein neues Leiden vor und zwar kein geringeres, als rechtsseitige Taubheit. Er hörte das Ticken einer Taschenuhr nicht, wenn sie ihm an den äusseren Gehörgang gehalten wurde, die Knochenleitung erschien bis über die Mittellinie hinaus aufgehoben. Der äussere Gehörgang war voll Schmutz und Ohrenschmalz, seine vorsichtige Reinigung erforderte Tage. Als dieselbe erzielt war, fand sich in der letzten Ausspülung eine aufgequollene halbe Erbse, das nun sichtbare Trommelfell ganz normal. Die vollkommene Taubheit bestand trotzdem fort. In dieser Zeit gedachte man auch die Sehfähigkeit des angeblich blinden Auges mit dem Stereoskop zu prüfen. Als alle Vorbereitungen genügend getroffen waren, liess man N., der das rechte Auge stets geschlossen hielt, aber seiner mechanischen Eröffnung keinen Widerstand entgegensetzte, zunächst mit dem linken Auge in das Stereoskop sehen. Er las kleinste Sehproben vorzüglich. Nun öffnete man das rechte Auge und — der Patient erklärte wieder, er sehe nichts, rein gar nichts. Man wiederholte den Versuch am nächsten Tage. N. blieb trotz aller Vorstellungen dabei, er sehe nichts, denn ,,wenn man ihm das rechte Auge öffne, so schmerze das linke (gesunde!) so, dass er auch damit nichts mehr sehen könne.“ Es musste also auch dieser Versuch aufgegeben werden. Nach diesem Vorfall begann N., sobald man ihm das rechte Auge öffnete, stets das linke zu schliessen, ,,weil er es in demselben dann vor Stechen nicht aushalten könne.“

Inzwischen klagte N. weiter über sein Ohrleiden. ,,Die Schmerzen der ganzen Kopfhälfte würden immer stärker, das rechte Ohr sondere immer mehr Eiter ab, und wenn er Nachts auf der linken Seite liege, so flösse ihm der Eiter schon aus der Nase heraus.“ Nach dieser Aeusserung hatte der Betrüger doch also Kenntniss von der Verbindung des Ohres mit dem Nasenrachenraum. In Wirklichkeit fand sich an jedem Morgen etwas eitrige Flüssigkeit an der Oeffnung des äusseren Gehörganges, zuweilen auch im vorderen Theile des letzteren, während der hintere Theil stets ganz rein war, das Trommelfell bald normal,

bald leicht getrübt und mit Schüppchen bedeckt erschien. Die angebliche Taubheit blieb unverändert, doch hörte N. gelegentlich, wenn man ihm die Uhr hinter dem Ohr an den Schädel drückte, während er sie am Ohr selbst und an der Schläfe nicht hören wollte. Da auch das Augenleiden dasselbe blieb, so konnte der behandelnde Arzt nichts anderes annehmen, als dass N. mit irgend einem äusseren Mittel sowohl den Reizzustand des rechten Auges, als auch den des rechten äusseren Gehörganges unterhielt, wenn auch dies Mittel selbst nicht gefunden wurde. Es wurde daher danach gestrebt, durch Occlusionsverbände Auge und Ohr der Einwirkung des Patienten zu entziehen. Wirklich erwiesen sich dieselben, wenn sie mehrere Tage nicht verschoben wurden, oder ihre Verschiebung durch sehr starke Collodiumschichten unmöglich gemacht worden war, als sehr vortheilhaft für das an sich ja überhaupt nicht erhebliche Leiden; eine völlige Beseitigung desselben wurde jedoch nicht erreicht. Erwähnenswerth ist aus dieser Zeit nur, dass eines Tages bei unverletztem Verbande das rechte obere Augenlid stärker geschwellt und ödematös erschien, während der Rand des über dem Auge befestigten Uhrglases sich auf der Haut deutlich abzeichnete, als sei er absichtlich längere Zeit gegen dieselbe gepresst worden. Auf diese Weise kann eine gewisse Circulationsstörung ja immer bewirkt werden.

Um die Geduld des Lesers nicht zu ermüden: N. blieb einseitig blind und einseitig taub, bis der September herankam, der Monat, in welchem seine Dienstzeit ablief. Von da ab änderte sich sein Zustand. Die Hörfähigkeit rechts besserte sich schon Ende August, er hörte rechts Flüstersprache auf 40 cm, während er die Knochenleitung noch leugnete. Bei verbundenen Augen hörte der Vorsichtige lieber gar keine Flüstersprache, als möglicherweise in grösserer Entfernung. Genau am 1. September konnte er mit dem rechten Auge wenigstens Hell und Dunkel unterscheiden, am 19. September zählte er schon Finger auf 1 Fuss Entfernung, am 27. September auf 90 cm. Am 30. September wurde constatirt, dass jeder Reizzustand auf dem rechten Auge beseitigt war, doch zeigten sich die Lider in Folge der langen Schwellung verdickt, und bestand daher eine Ptosis des oberen. Die zugestandene Sehfähigkeit besserte sich binnen acht Tagen von $^1/_{72}$ auf $^1/_{24}$, auf die Ermittelung der wirklichen wurde gerne verzichtet. Die Hörfähigkeit des rechten Ohres für Flüstersprache betrug zuletzt im geschlossenen Raume bei offenen Augen 214 cm, bei verbundenen Augen dagegen nur 125.

Der Mann war in Folge der Ptosis temporär dienstunfähig, er hatte auch die Absicht, Invalidenansprüche zu erheben, doch gab er dieselbe auf, offenbar, weil er klug genug war, einzusehen, dass ihm ärztlicherseits nur Unglaube gegenüberstand.

Der ganze Fall ist für die Beurtheilung der Schwierigkeiten, die man finden kann, vielleicht instructiver, als viele Fälle wirklich entlarvter Simulation.

Eine der unerfreulichsten Selbstbeschädigungen ist die, welche man bei der jährlichen Revision der nach überstandener contagiöser

Augenkrankheit nur temporär anerkannten Invaliden antrifft. In dem einen Jahre findet sich der Zustand erheblich gebessert und wird die Erwerbsfähigkeit in Folge dessen weniger beeinträchtigt erachtet (und also die Pension erniedrigt), in dem darauf folgenden Jahre findet man dafür das Auge im heftigsten Reizzustande, zuweilen mit frischen Hornhautgeschwüren. Man steht diesem, in 90 % der Fälle ad hoc präparirtem Befunde ganz machtlos gegenüber. Es ist unvermeidlich, alsdann die höhere Erwerbsunfähigkeit und weitere temporäre Anerkennung zu befürworten. Lässt man sich in solchem Falle durch Mitleid verführen, die Behandlung der frischen Entzündung im Lazareth zu beantragen, so kann es begegnen, dass, wenn die Genehmigung zur Lazarethaufnahme eintrifft, der Reizzustand des Auges von selbst verschwunden ist. Liegen daher ernstliche Folgen abgelaufener Entzündungen vor, z. B. narbige Trübungen der Hornhaut, so empfiehlt es sich aus praktischen Gründen, nicht zu lange auf die Aufhellung der Narben, welche gänzlich ja doch nicht verschwinden können, zu warten, sondern dauernde Invalidität auszusprechen.

---

4. Ohrkrankheiten.

Doppelseitige Taubheit.

Die Simulation doppelseitiger Taubheit wird gewöhnlich dadurch verrathen, dass der Simulant zwischen Gefühls- und Gehörsempfindung nicht zu unterscheiden weiss und die erstere leugnet, um nicht für hörend zu gelten.

Legt man dem Tauben eine Spieluhr oder Repetiruhr in die Finger, so fühlt er die Schläge derselben, ebenso thut dies der Simulant, glaubt es jedoch nicht eingestehen zu dürfen, weil er sie gleichzeitig hört. Dasselbe Experiment gelingt, wenn man die Uhr an Brust und Schulter drückt, jedoch nicht an der Stirn, weil deren Hautnerven die Empfindung von Vibrationen abgeht. (Erhardt, Deutsche milit.-ärztl. Zeitschr. 1872.) Davon, dass nicht etwa Anästhesie an den Fingern besteht, wird man sich leicht überzeugen können.

Ebenso fühlt (nach Casper) der Taube, wenn hinter ihm durch Aufstossen eines Stockes der hölzerne Fussboden erschüttert wird, und er sieht sich in diesem Falle sofort um, weil ihn die Erfahrung Vorsicht gelehrt hat. Der Simulant nimmt jedoch absichtlich von dem Stoss keine Notiz.

Man könnte dieser Methode vorwerfen, dass auch ein Tauber aus Sorge, für einen Simulanten gehalten zu werden, das Fühlen ableugnen könnte. Aber die Erfahrung rechtfertigt dieses Bedenken nicht, besonders das Experiment mit der Erschütteruug des Fussbodens gelingt nach Casper regelmässig.

Der der Simulation Verdächtige wird sich ausserdem bei längerer Beobachtung durch Beachtung unerwarteter Geräusche verrathen. Auch kann man versuchen, ihn beim plötzlichen Erwachen aus dem Schlaf, in der Chloroformnarkose, sowie durch Versetzen in Affecte oder Rausch zu verleiten, etwas Gehörtes zu beantworten oder doch zu beachten. Erst damit ist die Simulation positiv bewiesen.

Für Taubstumme gilt natürlich alles vorstehend Gesagte. Simulanten dieses Leidens verrathen sich ebenfalls dem Taubstummenlehrer (oder einem andern Taubstummen) gegenüber durch die Ungewöhnlichkeit ihrer Geberdensprache, auch schreiben sie, wenn sie ungebildete Leute sind, zuweilen unorthographisch die Worte so, wie sie sie gehört haben, während der unterrichtete Taubstumme streng orthographisch schreibt, wie es ihm gelehrt worden ist. (Dieser Umstand ist schon bei Fallot erwähnt.)

Einseitige Taubheit.

Den Simulanten einseitiger Taubheit kann man sehr häufig daran erkennen, dass er sich fast ganz taub anstellt, selbst wenn er zugiebt, auf dem andern Ohre ganz gut zu hören. So thöricht dieses Verfahren ist, findet man es auffallend oft.

Erhard l. c. empfiehlt zur Entlarvung die Thatsache zu benutzen, dass man bei verschlossenen Ohren die Schläge einer Repetiruhr oder Spieldose noch bis 10 Fuss weit hört, weil die verursachten Luftschwingungen stark genug sind, um durch die festen Kopftheile den Hörnerven zugeleitet zu werden. Man stellt sich 6—8 Fuss von dem guten offenen Ohr bei Verschluss des vorgeblich Tauben auf und überzeugt sich durch Nachzählen seitens des Kran-

ken, dass er die Schläge der Repetiruhr hört. Darauf schliesst man das gesunde und öffnet das taube Ohr und lässt 4 Fuss entfernt von letzterem die Repetiruhr schlagen. Jetzt muss diese wenigstens noch von dem gesunden Ohr gehört werden, der Simulant leugnet aber dieses Hören, weil er sich zu verrathen glaubt.

Bewiesen wird durch diesen Versuch zunächst nur das, dass der Explorand lügt. Auch dieser Schluss ist nur bei jüngeren Leuten berechtigt, da mit zunehmendem Alter die Kopfknochenleitung abnimmt und verschwindet, nach dem fünfzigsten Jahre nicht selten fehlt, nach dem sechzigsten Jahre überhaupt selten noch vorhanden ist (cf. Politzer, Ohrenheilkunde).

Noch weniger beweisend für Simulation ist es, wenn die auf den Scheitel oder die Stirn gesetzte Stimmgabel nach dem gesunden Ohre hin gehört wird. Allerdings ist die Regel, dass bei einseitiger Gehörsstörung der Ton nach dem schlechteren Ohre (beim Gesunden nach dem verschlossenen Ohre) hin gehört wird. Indessen ist erstlich diese Regel nicht ausnahmslos, sodann wissen viele Kranke überhaupt nicht anzugeben, auf welchem Ohr sie hören, noch andere sind davon, dass sie nur auf dem gesunden Ohre hören, so fest überzeugt, dass sie ohne böse Absicht falsche Angaben machen.

Die vorstehende Regel trifft zu, wenn die Gehörsstörung (wie gewöhnlich) durch Erkrankung des schallleitenden Apparats bedingt wird. Bei Labyrintherkrankungen wird die Stimmgabel auf dem gesunden Ohr gehört.

Im Allgemeinen sind die Erscheinungen der Kopfknochenleitung so wechselnd und so wenig erklärt, dass man zur Entlarvung der Simulanten von ihnen selten und nur im negativen Sinne Gebrauch machen kann. Leugnet z. B. ein Mann Knochenleitung von den Zähnen aus, giebt sie aber von der Stirn aus zu, so ist er sicher ein Lügner, denn wenn Knochenleitung überhaupt vorhanden ist, so wirkt sie von den Zähnen aus leichter, als von der Stirn her.

Ebenfalls nur den Beweis der Unwahrhaftigkeit des zu Untersuchenden giebt das Verfahren von Voltolini (M. f. O. 1882), wonach man mittelst eines grossen Hörrohrs in das angeblich taube Ohr bei Nichtverschluss des gesunden Ohres mit gedämpfter Stimme

sprechen soll. Der Simulant muss dabei mit dem gesunden Ohre hören, glaubt aber zuweilen dies leugnen zu müssen.

Um den positiven Beweis der Simulation einseitiger Taubheit zu führen, wird überall das von Teuber angegebene Verfahren empfohlen. Man braucht dazu zwei Zimmer, durch deren Trennungswand oder Zwischenthür zwei genau passende Blechröhren von 2—2,5 cm Durchmesser geführt werden. In dem einen Zimmer endet jede dieser Röhren in zwei kurzen Schenkeln, an denen Gummischläuche befestigt werden, welche in die Ohren des Exploranden bezw. der controlirenden Aerzte gesteckt werden sollen. Behauptet nun z. B. jemand auf dem rechten Ohre taub zu sein, so wird in das rechte Ohr ein Gummischlauch der rechten Blechröhre gesteckt, während der andere Gummischlauch derselben Röhre in ein Ohr eines Assistenten geleitet wird, welcher nun also controliren kann, was an das rechte Ohr des Exploranden schlägt. In das linke Ohr des letzteren wird ein Gummischlauch der linken Blechröhre geführt, während der andere Gummischlauch einem zweiten Assistenten zur Controle dessen dient, was in das linke Ohr des Exploranden dringt. Nun sprechen im andern Zimmer zwei weitere Assistenten mit gewöhnlicher oder Flüsterstimme in die offenen Blechröhren hinein und zwar abwechselnd und schnell, am besten Worte, die (in recht langer Reihe) auf Zetteln vorher aufgeschrieben sind. Der Explorand wird aufgefordert, das, was er hört, nachzusprechen, und spricht er ein Wort, das nur durch die rechte Blechröhre, also an sein angeblich taubes Ohr gelangt ist, so ist er natürlich entlarvt. Er wird dann auch noch mehr derartige Worte aussprechen. Um die Ausrede zu vermeiden, dass das gehörte Wort durch die Trennungsthür an das gesunde linke Ohr gedrungen sein könne, steht ein fünfter gut hörender Assistent neben dem Simulanten und constatirt, dass nichts von dem in dem andern Zimmmer Gesprochenen durch die Thür gehört werden kann.

Die Idee des Verfahrens ist vortrefflich. Will man aber mit demselben einen Erfolg erzielen, so verfehle man nicht, den Exploranden vorher an rasches Nachsprechen von Worten, die er durch ein Rohr hört, zu gewöhnen und vollständig dazu einzuexerciren (auf diese Nothwendigkeit weist Burchardt mit Recht l. c. an verschiedenen Stellen dringend hin), wenn man es nicht erleben

will, dass er vor dem complicirten Apparat einfach — verstummt. Hat man ihn wirklich zum Nachsprechen gebracht, so ist nicht nothwendig, dass er „nach kurzer Zeit“ die an das angeblich taube Ohr gelangenden Silben oder Worte nachspricht, denn man kann recht wohl zunächst die Eindrücke des rechten und linken Ohres unterscheiden, und es kostet längere Zeit, bis ein gewitzter Simulant verwirrt und unsicher wird. Daher sind sehr lange Reihen von Worten vorher aufzuschreiben, am besten mit Strichen, welche die Pausen für die Worte bezeichnen, welche in das andere Ohr gesprochen werden sollen. Nur nach längerem und raschem Wechsel der Gehörseindrücke kann der Explorand nicht mehr unterscheiden, von wo das gehörte Wort kommt. Lucae hat schon festgestellt, dass man bis zu einer Viertelstunde die beiderseitigen Gehörseindrücke unterscheiden kann. Hat nun der Simulant so lange nachgesprochen, und er hört auf, sobald er sich nicht mehr sicher fühlt, unter irgend einem noch so albernen Vorwand, wie etwa, dass es ihm in den Ohren nun anfange, zu sausen und er auch links nicht mehr deutlich höre — was dann? cf. Fall 30.

31. Ein Unterlazarethgehilfe war im Sommer des vierten Dienstjahres an einseitigem Mittelohrkatarrh mit Perforation, anscheinend Rückfall, behandelt und nach 14 Tagen geheilt, aber mit bestehender Perforation und 20 cm Hörweite für Flüstersprache entlassen worden. Im Manöver hatte er wieder unbedeutenden, nach einigen Tagen ohne Lazarethbehandlung geheilten Ausfluss. Da mit ihm nicht weiter capitulirt werden sollte, kam er nach dem Manöver zur Entlassung, behauptete aber nun, dass er in Folge des Manövers auf dem linken Ohre taub sei und machte Invalidenansprüche. Der objective Befund wies nur Trommelfelldurchlöcherung von Linsengrösse ohne Mittelohrkatarrh, kurz ganz denselben Zustand nach wie vor wenigen Wochen, als nach der Entlassung aus dem Lazareth Flüstersprache auf 20 cm gehört wurde. Die Tuba war durchgängig, Knochenleitung erhalten, aber angeblich herabgesetzt. Trotzdem wollte der Mann bei verstopftem gesunden Ohr auch mit lauter Stimme dicht vor ihm gerufene Worte nicht verstehen, die er doch mit dem gesunden Ohr trotz der Verstopfung hätte hören müssen. Der Teuber'sche Versuch missglückte, da der Untersuchte sehr vorsichtig und nicht rasch genug nachsprach. Eine von mehreren Aerzten angestellte Gegenprobe ergab, dass alle sehr wohl im Stande waren, die in jedes Ohr gesprochenen Worte auseinander zu halten.

Das commissärische Gutachten sprach sich dahin aus, dass zwar im Verlaufe eines chronischen Mittelohrkatarrhs allmählich eine sehr

erhebliche Herabsetzung des Hörvermögens eintreten könne, dass aber ein so plötzliches Auftreten von Taubheit ohne vorhergegangene anderweitige Schädigung und bei demselben Befunde, bei dem kurz vorher ein relativ gutes Hörvermögen bestanden hätte, aller Erfahrung widerspräche. Auch deuteten die Angaben des Betreffenden bei der Untersuchung auf Unglaubwürdigkeit. — Der Mann wurde mit seinen Ansprüchen abgewiesen. (Nach Dr. Dieterich.)

Eine Abänderung des Verfahrens, welche nicht einen so umständlichen Apparat und nur zwei, allerdings sehr gut eingeübte Hilfskräfte erfordert, stellt die von Leopold Müller (Berlin, Klin. Wochenschr. 1869, Nr. 15) angegebene Methode dar. Er empfiehlt, dass zwei Beobachter einfach durch Papierrollen leise und schnell in jedes Ohr des Exploranden hineinsprechen und das Gesprochene wiederholen lassen. Der am gesunden Ohr Aufgestellte beginnt, der Simulant spricht nach, bis auch der zweite Beobachter zu sprechen anfängt, alsdann kann er nicht mehr nachsprechen oder spricht auch Worte nach, die von dem angeblich tauben Ohr gehört wurden.

Coggin (Z. f. O. VIII) empfiehlt in ein binauriculäres Stethoskop hineinzusprechen, dessen Schenkel in die Ohren des Simulanten geführt sind, nachdem der für das gesunde Ohr bestimmte Schenkel verstopft ist. Spricht der Untersuchte nach, so soll bewiesen sein, dass er mit dem angeblich tauben Ohr hörte. Indessen sind die Schenkel des Stethoskops viel zu kurz, um die Möglichkeit des Hörens mit dem gesunden Ohr auszuschliessen (cf. oben). Wollte man aber sehr leise sprechen, so würde auch bei geringer Schwerhörigkeit des angeblich tauben Ohres nichts gehört werden. Ein sicherer Beweis kann durch dies Verfahren nie erbracht werden.

Schwerhörigkeit.

Eine der häufigsten Simulationen ist Uebertreibung geringer Schwerkörigkeit oder vollkommen erlogene Schwerhörigkeit, wenn äussere Krankheiten des Gehörganges, welche die Hörfähigkeit jedoch nicht beeinträchtigen, vorliegen oder früher bestanden haben. (Bekanntlich hören Leute mit Trommelfelldefecten oft ganz gut.)

Meistens wird auf den physiognomischen Habitus der Schwerhörigen, das Vorneigen des bessern Ohres, den offenstehenden Mund, das überlaute oder sehr leise Sprechen u. s. w. aufmerksam gemacht, allein alle diese Symptome sind nicht schwer nachzuahmen,

und das durchaus subjective Urtheil, welches sich auf die Beobachtung derselben gründet, hat selbstverständlich keine Beweiskraft.

Ein altes, sehr oft zum Ziele führendes Mittel ist, mit dem Schwerhörigen schreiend ein Gespräch zu beginnen und allmählich die Stimme sinken zu lassen, bis zur gewöhnlichen Umgangssprache. So simpel das Verfahren scheint, zeigt es sich doch häufig wirksam. Ausserdem wird empfohlen, in der lauten Unterhaltung plötzlich mit leiser Stimme etwas recht Ueberraschendes zu bemerken oder zu fragen (nach Casper z. B. „an Ihrem Arm kriecht ja eine Laus!“).

Wo man mit dieser einfachen Methode nicht ausreicht, ist die von Burchardt l. c. angegebene ganz vortreffliche Untersuchungsmethode am Platze. Man prüft im Freien jedes Ohr einzeln, während das andere verstopft ist und die Augen verbunden sind, indem man zuerst unmittelbar in das Ohr mit gewöhnlicher Umgangssprache (eventuell flüsternd) hineinspricht, sich durch Nachsprechenlassen überzeugt, dass der Betreffende hört und nun allmählich immer weiter zurücktritt, bis der Explorand angeblich nichts mehr verstehen kann. Von hier aus (noch besser gleich etwas weiter entfernt) spricht man durch ein Rohr, das an der Ohrseite mit einem Gummisaugpfropfen armirt ist, welchen man lose in das Ohr hineinhalten lässt. An der Mundseite wird das Rohr mit einem durchbohrten Korken (am besten wird ein Federkiel durchgeführt) verschlossen. Durch dieses Hörrohr vermag natürlich auch der Schwerhörige wieder zu hören, und indem man ihn nachsprechen lässt (einzelne Silben oder Vokale in unregelmässiger Reihenfolge), schliesst man plötzlich mit dem Daumen die kleine Bohröffnung im Korken und spricht eine Silbe neben dem Rohr vorbei. Wiederholt der Explorand auch diese Silbe, so ist erwiesen, dass er nicht so schwerhörig ist, als er angab, eventuell dass sein Hörvermögen der Art ist, um für militärische Zwecke zu genügen. Zum Gelingen dieser Prüfung ist wiederum nothwendig, dass der Explorand gut einexercirt ist, sehr schnell nachzusprechen, denn man kann, wie man sich selbst überzeugen mag, sehr gut unterscheiden, was durch das Rohr hindurch gesprochen wird, und was nicht. Man braucht aber zum Ueberlegen und Urtheilen mehr Zeit, als zum Wollen, und daher spricht der Simulant das Wort nach, ehe er sich klar

geworden ist, auf welchem Wege der Schall an sein Ohr gelangte. Ist es aber nicht möglich, ein so schnelles Nachsprechen zu erreichen, so wird auch die Ueberrumpelung nicht stattfinden, und in solchen Fällen empfiehlt es sich, nicht plötzlich, wie Burchardt verlangt, neben dem Rohr vorbeizusprechen, sondern ganz allmählich während des Sprechens den Mund von der Oeffnung des Rohrs zu entfernen. (Von vornherein lege man den Mund nicht an die Oeffnung, sondern bleibe etwa 5 cm entfernt.) Hat man den Mund dann seitlich 10—15 cm entfernt, so kann man die Rohröffnung mit dem Daumen schliessen, ohne dass der Hörende dies merkt. Ich habe immer dies letztere Verfahren angewendet. Die wichtigste Vorbedingung für das eine wie das andere Verfahren ist aber die: der Explorand muss wissen, dass man durch das Hörrohr besser hört, als durch die blosse Luft, und muss man gegebenen Falls ihm diese Kenntniss vorher durch Demonstration an einer andern Person oder am eigenen gesunden Ohr beibringen.

So sah ich den Versuch bei einem simulirenden Einjährig-Freiwilligen ohne Schwierigkeit wiederholt in der vollkommensten Weise gelingen, während ein dummer Bauernbursche hartnäckig erklärte, durch das Rohr gar nichts zu verstehen.

Bei der gewöhnlichen Hörprüfung mittelst der Flüstersprache (wie sie auch in der Dienstanweisung für die Militärärzte vorgeschrieben ist), indem man flüsternd gegen das zugewandte Ohr einzelne Worte spricht, welche man wiederholen lässt, hat man nach Urbantschitsch (Lehrbuch) darauf zu achten, dass die hellen Vokale auf weitere Entfernung gehört werden, als die dumpfen — am weitesten a, am schlechtesten u. Der Simulant weiss das häufig nicht und kann durch sein Nachsprechen einen vorhandenen Verdacht verstärken, wenn er von einer Stelle ein geflüstertes Wort mit u nachspricht, wo er eben kaum ein Wort mit a verstanden hat.

Wenn verschiedener Seits empfohlen wird, diese Hörprüfung bei verschlossenen Augen vorzunehmen, so ist dazu zu bemerken, dass man damit nicht viel erreichen wird, weil der Simulant gewöhnlich zu sprechen aufhört, sobald er über den Standpunkt des Sprechenden im Unklaren ist. Dagegen täuscht er sich an verschiedenen Tagen über die Entfernung, in der er zu hören zugestanden hat.

Von der an sich sehr interessanten telephonischen Hörprüfung (Preusse im Arch. f. Physiol. 1879 und Körting, Deutsche mil.-ärztl.

Zeitschr. 1879. Heft 7) ist für die Ueberführung von Simulanten kaum etwas zu erwarten.

Ohrenfluss.

Ohrenfluss in Folge von Entzündungen des äussern Gehörganges und des Mittelohrs mit Beschädigungen des Trommelfells pflegt vielfach als beliebtes Täuschungsmittel aufgeführt zu werden, stets wird dabei auch der Einführung von altem Käse und dergl. in den äussern Gehörgang erwähnt. In Wirklichkeit aber dürfte diese Art von Simulation oder Selbstbeschädigung sehr selten sein. Verletzungen des Trommelfells mittelst spitzer Instrumente sind ausserordentlich schmerzhaft, haben nicht gleich eine Entzündung des Mittelohrs zur Folge, wohl aber eine solche Tendenz zur Heilung, dass diese auch durch fleissiges Ueben des Valsalva'-schen Versuchs nicht gehindert werden kann. Casper führt an, dass ihm in der ungeheuren Zahl seiner Untersuchungen niemals ein solcher durch alten Käse hergestellter Ohrenfluss vorgekommen sei und fügt sehr richtig hinzu, dass einige Spritzen warmen Wassers einen derartigen Versuch der Täuschung zu Nichte machen würden. Reizmittel in den äussern Gehörgang einzuführen, ist bei der Tiefe desselben nicht leicht und ausserdem sind die Wände desselben bei derjenigen Klasse von Menschen, welche eine solche Selbstbeschädigung nicht scheut, durch Krusten von Schmutz und altem Ohrenschmalz vortrefflich geschützt.

Es ist hier auch an Fall 30 zu erinnern, in dem ja mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen war, dass dasselbe Reizmittel, welches die Conjunctivitis unterhielt, auch in den Gehörgang eingeführt wurde. Der Mann klagte (wahrscheinlich nach Anwendung des Mittels) über Ohrenlaufen und man fand den Gehörgang leer und trocken. Später fand man Secret wiederholt im vordersten Theil des Gehörganges, aber den hinteren Theil stets intact.

Nun kann man ja die Möglichkeit nicht bestreiten, dass schärfer ätzende flüssige Substanzen, die auch das Trommelfell direkt beschädigen könnten, in das äussere Ohr gebracht werden. Indessen wenn dergleichen von unkundiger Hand geschähe (und Specialisten für Ohrenleiden werden sich dazu ja nicht hergeben), so würde es kaum ausbleiben können, dass dadurch auch sehr gefährliche Erkrankungen hervorgerufen und damit die Sache bald ruchbar würde.

Ed. Opitz (Allgem. mil.-ärztl. Zeitschr. 1865 Nr. 37) berichtet von ruthenischen Militärpflichtigen, dass sie durch Einführen einer mit Oel getränkten Düte in den äussern Gehörgang und Anzünden derselben Verbrennungen herbeiführen. Auch das Einbringen von Canthariden in den äussern Gehörgang ist beobachtet.

Dass in neuerer Zeit eine viel grössere Zahl von Ohrenleiden beim Militär vorzukommen scheint, als früher, dürfte im Wesentlichen auf der grösseren Genauigkeit der Untersuchung beruhen. Auch sind gewiss viele Ohrenleiden, welche als frisch entstanden angegeben werden, z. B. beim Schwimmen und Schiessen, nur Recidive früherer Erkrankungen. Die Ohren der unteren Volksklassen sind besonders in der Kindheit vielfachen Insulten und Vernachlässigungen ausgesetzt. Mancher trägt daher eine Perforation des Trommelfells, die aus seiner Kindheit stammt, mit sich umher, ohne es zu wissen. Auch einseitige Taubheit oder Schwerhörigkeit besteht zuweilen und wird erst bei einer zufälligen Erkrankung des andern gesunden Ohrs bemerkt.

Findet man blutige Erosionen oder angetrocknetes Blut im äussern Gehörgang, so ist es ja möglich, dass ein Versuch absichtlicher Selbstbeschädigung vorliegt, man bedenke aber immer, dass diese kleinen Verletzungen auch leicht die Folgen eines ungeschickten Ausspritzens Seitens eines Gehülfen sein können.

32. Ein Rekrut kam in's Lazareth mit der Angabe, durch Schläge auf beide Ohren fast taub geworden zu sein. Er verstand nur, was man ihm in die Ohren schrie. Die schonende Reinigung der mit festgetrocknetem Ohrenschmalz gefüllten Gehörgänge erwies sich als äusserst mühsam. Endlich gelang sie doch und wurden schliesslich aus dem einen Ohr zwei, aus dem andern eine Erbse entfernt. (Wie sich bei der Durchschneidung später herausstellte, waren dieselben in ihrer Substanz gänzlich mit Ohrenschmalz imprägnirt und daher wohl sehr alt.) N. war über dies Resultat der Untersuchung sichtlich bestürzt und vertheidigte sich auf's Lebhafteste, als ihm der Vorwurf gemacht wurde, er habe sich absichtlich die Erbsen in die Ohren gesteckt, um nicht zu hören. In diesem Eifer vergass er ganz die Simulation der Schwerhörigkeit und beantwortete schliesslich die mit ziemlich leiser Umgangssprache gestellten Fragen und Bemerkungen. Als ihm nun gesagt wurde, nach Entfernung der Erbsen höre er ja recht gut, versuchte er sich sofort wieder schwerhörig zu stellen, erregte aber dadurch nur die Heiterkeit seiner Mitkranken. Er wurde zum Dienst geschickt und hörte seitdem gut. (Eigene Beobachtung.)

33. In einem andern ganz ähnlichen Falle, wo Schwerhörigkeit behauptet wurde, die sich nachher als simulirt erwies, fand sich im

äussern Gehörgang eine Erosion und angetrocknetes Blut; dahinter, noch vor dem völlig intacten Trommelfell, ein sehr fester Pfropf von Schmutz und Ohrenschmalz. Als derselbe endlich erweicht und durch Einspritzungen entfernt war, entdeckte man in den Partikeln desselben den Kopf und die Flügeldecken eines Käfers. (Eigene Beobachtung.)

5. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Incontinenz des Urins.

Die Simulation von eigentlichem Harnträufeln ist, wie schon Casper ausgeführt hat, sehr leicht zu entdecken. Trocknet man das oreficium urethrae ab, so ist dasselbe bei wirklicher Incontinenz sofort wieder feucht, während dem Simulanten eine tropfenweise Entleerung unmöglich ist. Bei Einführung des Catheters findet man die Blase gewöhnlich leer. Ausserdem sind bei wirklich Kranken gewöhnlich Erosionen der Haut vorhanden und empfiehlt Casper auch in zweifelhaften Fällen, sich in der Behausung der Exploranden die abgelegte alte Wäsche zeigen zu lassen, an welcher die Durchtränkung mit Urin sich sehr deutlich bemerkbar macht.

Schwieriger ist die von Rekruten immer wieder versuchte Simulation von Enuresis nocturna festzustellen, da dieselbe gar keine dem Willen des Kranken entzogene Symptome zeigt. Hutchinson hat empfohlen, dem verdächtigen Kranken Abends Opiate zu geben und am Morgen vor dem Erwachen zu constatiren, ob während des erzielten festen Schlafes auch Enuresis eingetreten ist. Dies Mittel erscheint wenig beweisend, da Enuresis doch nicht jede Nacht eintreten muss. Von Fallot rührt das bekannte Verfahren her, die Kranken stündlich oder selbst halbstündlich zu wecken und zum Uriniren zu veranlassen. Diese Methode ist die beste, die wir zur Zeit haben, denn es gelingt damit häufig (durch allmähliche Verlängerung der Pausen, nach welchen geweckt wird), den Kranken wirklich zu heilen, bezw. dem Simulanten die Sache zu verleiden. Es liegt hier einer der Fälle vor, die im allgemeinen Theil erwähnt worden sind, wo es nicht möglich ist, den Simulanten auf ärztlichem Wege zu überführen und daher nichts übrig bleibt, als denselben zu ermüden, so dass er die Hoffnung auf Erfolg von selbst aufgiebt.

Fallot, der offenbar ein höflicher Mann war, rühmt, dass er bei seiner Methode nie nöthig gehabt habe, das von Fodèrè angegebene „sinnreiche und künstliche Mittel“ anzuwenden. Dieser liess nämlich bei einer epidemischen Incontinentia urinae „allen denen, die sich darüber beklagten, die Ruthe binden und befahl, dass man auf die Knoten ein Siegel legte, welches der wachhabende Gendarm jedes Mal abnehmen musste, wenn die Leute uriniren wollten.

34. Casper erzählt, dass in Münster ein Soldat, bei dem nach Anwendung der Hutchinson'schen Methode Simulation angenommen wurde, durch stündliches Wecken bei Nacht, wobei er jedes Mal angekleidet zwei Treppen hinunter auf den Hof der Kaserne gehen musste, doch nicht bewogen werden konnte, seine Simulation aufzugeben. Als er jedoch täglich beim Appell der Compagnie den von ihm durchnässten Strohsack vorzeigen musste, und so dem Gelächter seiner Kameraden preisgegeben war, that er dies endlich. Ich fürchte, dass es Gemüther giebt, auf welche auch dies Mittel nicht wirkt.

35. Ein Rekrut polnischer Nationalität war mit unbedeutender Conjunctivitis ins Lazareth gekommen, und da diese Krankheit sehr bald beseitigt wurde, behauptete er an Bluthusten und Incontinentia urinae zu leiden. Er wurde zur innern Station verlegt. Im Spuckglas fand sich Speichel mit geringen Spuren frischen Blutes. Die Untersuchung der Brust ergab nicht die mindeste Abnormität und wurde dem Mann mit ruhigen Worten bedeutet, seine Brust sei ganz gesund, das Blut stamme aus dem Zahnfleisch und er möge diese Dummheiten lassen, durch die er Niemanden täusche. Sofort hörte der Bluthusten auf, dagegen blieb N. hartnäckig bei der Behauptung, den Urin nicht halten zu können. Die Blase wurde bei wiederholtem Catheterisiren leer gefunden, auch war keine Strictur oder sonst etwas Auffälliges vorhanden. Da der Uringeruch alle Bewohner der Stube, ihn allein ausgenommen, belästigte, so wurde ihm eine sogenannte Ente zwischen die Schenkel gelegt, um ihm sein Verhalten langweilig zu machen. Allein er sorgte selbst dafür, dass die Angelegenheit einen akuteren Verlauf nahm, indem er den Urin neben dem Glase ins Bett liess. Der Vorhalt, dass dabei doch eine Absichtlichkeit vorliege, blieb erfolglos. Bei dem Mangel anderer Erklärungen des angeblichen Uebels konnte nur eine ungenügende Innervation des m. sphincter vesicae angenommen werden und wurde zur Beseitigung derselben zunächst die Behandlung mit dem elektrischen Strome versucht. Da das Verfahren bei dem hartnäckigen Simulanten wirkungslos blieb, so erschien nun die kalte Douche auf Rücken und Kreuzgegend vollkommen indicirt. N. benahm sich dabei wie ein Rasender und entsprang der Wanne, immer gefolgt von dem verhassten Wasserstrahl. Am nächsten Tage fand sich das Bett trotzdem wieder durchnässt. Es wurde noch 24 Stunden gewartet und dann zur zweiten Anwendung der Douche geschritten. N. liess es aber dazu nicht kommen, sondern, als er schliesslich mit Gewalt entkleidet werden sollte, bat er auf den Knieen, ihn damit zu verschonen, er glaube fest, dass er geheilt sei. Als ihm das Versprechen abgefordert wurde, sein Bett nicht mehr

zu verunreinigen, war er klug genug zu erwidern, dass er das ja nicht könne, denn absichtlich habe er es nie gethan, indessen wiederholte er immer wieder, er sei ganz fest überzeugt, dass er das Wasser werde halten können, und man solle es wenigstens doch erst abwarten. In der That zeigte sich das Leiden nie wieder. (Eigene Beobachtung.)

Andere Blasenleiden.

Färbungen des Urins, um Bluthamen vorzutäuschen, würden bei der heute üblichen genauen Untersuchung des Urins sich stets zwecklos erweisen. Beim Militär kommen derartige Simulationen deshalb kaum noch vor, weil ein solches Leiden nicht die Entlassung, sondern nur den Versuch, es zu heilen, veranlassen würde. Indessen sind Fälle vorgekommen, wo Leute die Urethra verletzt haben, um den Urin blutig zu färben.

Blasenkatarrh und andere Urinbeschwerden werden, wenn sie in früherer Zeit wirklich bestanden haben, zuweilen von älteren Unterofficieren simulirt oder übertrieben, um sich dem Dienst zu entziehen oder die Invalidisirung zu erreichen. Wiederholte Untersuchung und Beobachtung werden im speciellen Falle die richtige Beurtheilung ergeben.

36. Ein Soldat mit angeblichem Blasenleiden hatte (allerdings vor langen Jahren) die Aerzte in Erstaunen gesetzt durch die auffallende Menge der Sedimente in seinem Urin, welche sich bei der Untersuchung doch nicht als fremdartiger Zusatz erwiesen. Durch seine Kameraden wurde verrathen, dass er in dem etwas primitiven Pissoir von den Wänden den reichlich vorhandenen Niederschlag abgekratzt und in sein eigenes Uringlas geworfen hatte.

Leiden der Geschlechtsorgane.

Sogar Tripper wird simulirt, d. h. ein alter Nachtripper oder eine alte Strictur, bei der sich gelegentlich Morgens ein Tropfen Schleim am Orificium urethrae findet, wird zuweilen ausgenutzt, um den Lazarethaufenthalt zu ermöglichen. Ich habe dieses Verfahren bei einzelnen Soldaten, und vorzüglich bei Militär-Strafgefangenen beobachtet. Solche Leute melden sich krank und werden natürlich sofort in's Lazareth geschickt; dort erklären sie, der Ausfluss sei nur gering, was ja vollkommen richtig ist; manchen Tag cessirt der Ausfluss ganz, aber sobald die Entlassung verfügt werden soll, findet sich leider am nächsten Morgen wieder etwas Ausfluss,

und sie präsentiren auch den betreffenden Tropfen Secret. Auf diese Weise gelingt es ihnen zuweilen, einen vertrauensseligen Arzt wochenlang zu täuschen, und wird der Truppenarzt nicht rechtzeitig benachrichtigt, so kommen sie acht Tage nach endlich erfolgter Heilung mit einem Recidiv in das Lazareth zurück, um wieder wochenlang dort zu verharren. Solche Leute können zu einer grossen Plage für Arzt und Lazareth werden, denn eine straffällige Simulation lässt sich ihnen nicht nachweisen, da sie ein Krankheitssymptom ja aufweisen können. Man muss daher versuchen, ihnen in anderer Weise den Lazarethaufenthalt zu verleiden.

Ich kannte einen Soldaten im dritten Dienstjahr, der sich mit kurzen Unterbrechungen Monate lang wegen eines ganz unbedeutenden Nachtrippers im Lazareth aufhielt. Charakteristisch war, dass er vor Fest- und Feiertagen sich regelmässig für gesund erklärte.

Ein bloss historisches Interesse hat das künstliche Emphysem des Hodensacks, welches früher häufig durch Lufteinblasen in das Unterhautzellgewebe und nachheriges Verkleben der Hautöffnung durch ein Pflästerchen hervorgebracht wurde, um irgend eine Hodengeschwulst vorzutäuschen. Es wird sich heute kein Arzt mehr dadurch täuschen lassen.

---

6. Lokale Bewegungsstörungen (Lähmungen, Paresen, Gelenkleiden, Neuralgien, Anästhesien etc.).

Aus praktischen Gründen besprechen wir die vorstehend genannten, an sich ja sehr verschiedenen Krankheitsprocesse gemeinsam, da bei Vortäuschung derselben die Simulanten meist ein ganz gleiches Benehmen zeigen und auch die Beurtheilung und Behandlung derselben seitens des Arztes im Ganzen nach denselben Grundsätzen und Methoden erfolgen muss. Wir ersparen uns daher durch das Zusammenfassen derselben zunächst unnütze Wiederholungen, während die Verschiedenheiten genügend bei den einzelnen Leiden hervorgehoben werden sollen.

Zunächst ist den betreffenden Simulationen gemeinsam das Missverhältniss der objectiven Symptome zu den angeblichen Functionsstörungen. Eine nicht spannende Hautnarbe,

eine unschädliche Verdickung eines Gelenks an seiner Aussenseite, ein Knacken eines Gelenks, das sich am correspondirenden Gliede ganz ebenso findet, eine Neuralgie, bei der der Patient jedoch jede Nacht ruhig schläft — sollen den Gebrauch eines Gliedes mehr oder weniger verhindern oder doch nur unter ganz unerträglichen Schmerzen zulassen. Gewöhnlich gedenken die Leute eine längst geheilte Verletzung oder Gesundheitsstörung, die eine Zeit lang wirklich die Benutzung des Gliedes verhindert hat, dazu auszunutzen, eine dauernde Gebrauchsstörung zu simuliren. Sind aber seit der Heilung Jahre verflossen, so lässt sich meist feststellen, dass in der Zwischenzeit das Glied unbehindert gebraucht worden ist. Man kann Nachforschungen in der Heimath anstellen und glaubwürdige Zeugen vernehmen lassen. Sodann können Schwielen an der Vola der Hand nicht entstanden sein ohne kraftvolle und längere Thätigkeit der Hand und des Armes; ebenso wenn ein Mensch einen Fuss beim Gehen nur vorsichtig mit den Zehen aufsetzt, sei es nun wegen Krümmung des Kniegelenks oder aus anderen Ursachen, so wird das Vorhandensein schwieliger Hautbildung an der Hacke ein zweifelloser Beweis sein, dass er vorher Monate lang nicht so gegangen ist, als er jetzt gehen zu müssen behauptet.

37. Ein Rekrut erkrankte während des Einexercirens an Schmerzen im linken Fussgelenk mit mässiger Schwellung. Nach Beseitigung der letzteren dauerten die Klagen des Mannes über Schmerzen beim Gebrauch des Fusses fort, welcher theilweise Plattfussbildung zeigte, in der Art, dass der Talus sich nach innen und unten hervorwölbte und der Innenrand des Fusses hier den Boden berührte, während nach vorn noch eine geringe Aushöhlung der Planta geblieben war. Bei der Einstellung war das Vorhandensein dieses Plattfusses nicht in den Listen vermerkt worden, und der Truppenarzt war geneigt, deshalb eine akute Ausbildung des Plattfusses (sogenannten entzündlichen Plattfuss) anzunehmen, während der behandelnde Arzt aus dem ganzen Verhalten des Mannes auf Simulation schloss und die Schmerzen für fingirt erachtete. Die Entscheidung schien zunächst schwierig. Der Umstand jedoch, dass sich auch jetzt, nach zweimonatlicher Nichtbenutzung des Fusses und fast permanenter Bettlage, die sohlige Verdickung der Haut auch auf die Hervorwölbung des angeblich akut entstandenen Plattfusses ausgedehnt zeigte, erwies es als unzweifelhaft, dass der Patient früher schon lange mit dem Plattfuss gegangen sein musste. (Eigene Beobachtung.)

In allen Fällen, wo die angebliche Bewegungsstörung nicht neuesten Datums ist, wird der Ernährungszustand des Gliedes

ein wichtiger Fingerzeig für die Beurtheilung. Wenn ein Glied längere Zeit gar nicht oder in bestimmten Richtungen nicht benutzt werden kann, so leidet ohne Ausnahme die Ernährung der betreffenden Muskulatur, dieselbe bleibt sicht- oder doch messbar hinter der des entsprechenden gesunden Gliedes der anderen Seite zurück. Ein Bewegungshinderniss, das nach angeblich mehrere Monate langem Bestehen keine Ernährungsstörung der Muskulatur zur Folge gehabt hat, kann daher mit Sicherheit als Simulation oder mindestens Uebertreibung bezeichnet werden.

38. Ein am 3. November gesund eingestellter Rekrut war am 8. November beim Ueben des Laufschrittes gestolpert und gefallen und klagte sofort über Schmerzen im linken Hüftgelenk, so dass er zunächst vom weiteren Ueben dispensirt wurde. Am 10. November kam er in's Lazareth. Die Untersuchung ergab nirgends objective Krankheitssymptome, die Bewegungen des linken Hüftgelenks waren aktiv und passiv glatt und ohne Geräusch ausführbar, angeblich jedoch schmerzhaft. Da sich die Antiphlogose ohne Einfluss auf den Zustand erwies, wurde am 20. December eine starke Ableitung auf die äussere Haut durch zweimalige Anwendung des Ferrum candens vor und hinter Trochanter major, wohin N. seine Schmerzen hauptsächlich lokalisirte, gemacht. Ein wesentlicher Erfolg wurde auch dadurch nicht erreicht, eine gewisse Empfindlichkeit des Gelenks bestand fort. Da der Ernährungszustand sich jedoch gar nicht beeinträchtigt zeigte, N. auch im Zimmer ganz gut ging, wurde er nach Heilung der Brandwunden wieder in den Dienst geschickt. Es erschien zweifelhaft, ob Simulation vorliege oder nicht, und wurde die Ausbildung, einige Wochen durch eine zufällige Fingerquetschung unterbrochen, versucht. Regelmässig nach längerem Gehen klagte N. über Schmerz im Hüftgelenk und fing an zu hinken. Wiederholte Untersuchung ergab denn doch die Ausbildung einer Ernährungsstörung. Mitte Mai wurde constatirt, dass der Umfang des linken Oberschenkels, in der Mitte gemessen, um 3 cm geringer war, als der des rechten, hinten und oben vom linken Rollhügel fand sich eine durch Muskelatrophie bedingte vollständige Grubenbildung. Auch gab N. an, beim Ein- und Auswärtsrollen des Beines gerade Schmerz zu haben. Die Bewegungen im Gelenk waren wie früher glatt und ungehindert, Stoss des Kopfes gegen die Pfanne nicht empfindlich. Das Gutachten führte aus, dass die angegebenen Ernährungsstörungen ein unzweifelhafter Beweis dafür seien, dass die angegebene Empfindlichkeit des Gelenks wirklich bestehe, denn nur ein bei Bewegungen regelmässig auftretender Schmerz könne dazu führen, einzelne Muskelgruppen (wie hier die Roller) so consequent ausser Thätigkeit zu setzen, dass ihre Ernährung darunter leidet. (Eigene Beobachtung.)

Um die Ernährungsstörung festzustellen, vergleicht man den Umfang, eventuell auch die Durchmesser des betreffenden Gliedes

an mehreren Stellen mit denen der anderen gesunden Seite, wobei daran festzuhalten ist, dass die Unterextremitäten für gewöhnlich ganz gleichmässig entwickelt sind (Ausnahmen wären bei einseitiger Anstrengung eines Beines denkbar, sind mir jedoch bisher nicht bekannt geworden), während der rechte Arm gewöhnlich etwas stärker ist, als der linke, weil wir gewöhnt sind, denselben häufiger zu gebrauchen. Diese Differenzen zwischen rechtem und linkem Arm je nach dem vorwiegenden Gebrauch (denn wenn Jemand „links“ ist, wie der gewöhnliche Ausdruck lautet, so ist natürlich der linke Arm der stärker entwickelte) bewegen sich jedoch in bestimmten Grenzen, so dass man wenigstens annähernde Schlüsse aus den gegebenen Maassen ziehen kann. Letztere sind von Rawitsch (Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift 1874, Heft 5 und 6) an 500 gesunden Soldaten in der Art festgestellt, dass er erstlich den Umfang der Schulter, indem er bei wagerecht erhobenen Armen das Messband durch die Achselhöhle über den „Zenith“ des Deltamuskels führte, zweitens den Umfang des Oberarmes in der Mitte desselben, drittens den Umfang des Unterarmes an der stärksten Stelle der Muskulatur maass.

Er fand dabei als durchschnittlichen Umfang der Schulter rechts 33,8 cm, links 31,8, also als Durchschnittsdifferenz 2 cm*), dagegen die Differenzen bei den einzelnen Individuen sehr verschieden. Bei den linkshändigen war die linke Schulter gleich stark oder stärker, als die rechte. Die Zahl derjenigen, bei welchen die Differenz erheblich grösser war, als 2 cm, war eine bedeutende, nicht minder die Zahl derjenigen, wo die Differenz geringer war. Das erstere wurde besonders bei solchen Handwerkern wahrgenommen, welche, wie Schmiede, Steinmetze u. s. w., den rechten Arm vorwiegend anstrengen, letzteres bei Tagarbeitern und Knechten, welche beide Arme gleichmässiger gebrauchen.

Die Differenz, um welche die linke Schulter schwächer war, als die rechte, betrug:

*) Rawitsch hat die Durchschnittsdifferenz durch Subtraction der durchschnittlichen Umfangsmaasse von einander festgestellt, anstatt die faktischen Differenzen zu addiren und durch die Zahl der Gemessenen zu dividiren. Das giebt offenbar kein ganz genaues Resultat, doch dürfte die Abweichung nicht von Belang sein.

3—4 cm	bei	61	Individuen	= 12,2 %
unter 3—2 cm	„	67	„	= 13,4 %
2 cm	„	157	„	= 31,4 %
unter 2—1 cm	„	179	„	= 35,8 %
unter 1 cm	„	20	„	= 4,0 %
beide Schultern waren gleich . .	„	11	„	= 2,2 %
die linke Schulter war stärker .	„	5	„	= 1,0 %

Der durchschnittliche Umfang des Oberarmes betrug rechts 26, links 25,4 cm, die Durchschnittsdifferenz also 0,6. Im Einzelnen war die Differenz zu Gunsten des rechten Oberarmes:

1,25—2 cm	bei	69	Individuen	= 13,8 %
1 cm	„	130	„	= 26,0 %
unter 1—0,5 cm	„	131	„	= 26,2 %
unter 0,5 cm	„	17	„	= 3,4 %
beide Arme waren gleich . . .	„	138	„	= 27,6 %
der linke Arm war stärker . .	„	15	„	= 3,0 %

Am Vorderarm waren die Durchschnittsmaasse: rechts 26,4, links 25,8 und danach die Durchschnittsdifferenz ebenfalls 0,6 cm. Im Einzelnen war der rechte Unterarm stärker um

2—1,25 cm	bei	50	Individuen	= 10,0 %
1 cm	„	127	„	= 35,0 %
unter 1—0,5 cm	„	166	„	= 33,2 %
unter 0,5 cm	„	38	„	= 7,6 %
beide Arme gleich	„	112	„	= 22,4 %
der linke Arm war stärker . .	„	7	„	= 1,4 %

Rawitsch zieht aus diesen Zahlen den Schluss, dass Umfangsdifferenzen zu Ungunsten der linken Seite an der Schulter bis 3, in einzelnen Fällen bis 4 cm, an Ober- und Unterarm von 1—1,5, in einzelnen Fällen bis 2 cm für sich allein nicht als abnorm oder krankhaft bezeichnet werden dürfen.

Im concreten Falle wird man bei diesen Zahlen stets die frühere Beschäftigung des Mannes berücksichtigen müssen. Ausserdem ist es nöthig, darauf zu achten, dass man bei vergleichenden Messungen das Messband gleichmässig und in derselben Höhe des Gliedes anlegt. Es entstehen dadurch, dass verschiedene Beobachter (oft auch derselbe) das Messband verschieden fest anziehen, zuweilen recht erhebliche Fehler. Am besten vermeidet man die-

selben dadurch, dass man das Band zunächst glatt um das Glied legt, sich die gefundene Ziffer merkt und dann so fest als möglich anzieht. Gewöhnlich erhält man dabei eine Umfangsdifferenz von 0,5—1 cm. Diese letztere, durch das Anziehen des Maasses entstandene Differenz muss an dem einen Glied so gross sein, als am anderen, wenn man das Maass gleichmässig angelegt hat. Man giebt dann beide Maasse an, z. B. rechts 26,8—27,2, links 26—26,4. Differenzen unter und bis 0,5 cm, die durch eine einzige Messung festgestellt worden, sind immer mit Misstrauen zu betrachten, denn bei etwas stärkerem Anziehen des Bandes verschwindet leicht die ganze Differenz. Im gegebenen Falle aber macht es dem Laien einen grossen Eindruck, wenn überhaupt eine Differenz angegeben ist. Cf. Fall 44.

39. Ein temporär Ganzinvalider wurde mir einstmals mit einer längst geheilten nicht erheblichen Schusswunde am Vorderarme vorgestellt, eine Ernährungsstörung des ganzen rechten Armes war in den Acten mehrfach attestirt worden. In der That war dieser Arm sichtlich schwächer, als der linke, aber der Sitz der Narben erklärte nicht recht die scheinbare Atrophie. Versuchsweise sagte ich zu dem Manne: Sie sind doch von Jugend auf linkshändig gewesen? Er lachte und war ehrlich genug, „Ja“ zu sagen.

40. Der Fall, welcher Rawitsch zu seinen Messungen Veranlassung gab. ist insofern von Interesse, als es sich um eine für den Arzt zweifellose Simulation handelte, deren Bestrafung herbeizuführen jedoch Schwierigkeiten hatte. Rawitsch l. c. erzählt: Der Festungsgefangene A. Z., 23 Jahre alt, war am 21. Mai 1872 gesund und vollkommen dienstfähig beim 10. Ulanenregiment als Rekrut eingestellt worden. In den ersten Wochen hatte er, wie jeder andere Rekrut, seinen Dienst gethan, ohne jemals zu klagen. Ende Juni verweigerte er plötzlich, angeblich wegen heftiger Schmerzen, den linken Arm zu gebrauchen. Bei der ärztlichen Untersuchung wurde objectiv nichts Krankhaftes an dem Arm vorgefunden. Wollte man ihm den linken Arm in die Höhe heben, so setzte er diesen Versuchen den äussersten Widerstand entgegen, indem er mit Anspannung aller Muskeln den Arm fest an den Leib geklemmt hielt. War es jedoch gelungen, den Arm rasch zu erheben und wurden hierauf mit beiden Armen rotirende Bewegungen vorgenommen, so kam es nicht selten vor, dass Z. aus der Rolle fiel, indem, wenn nach einer momentanen Niederlassung der Arme statt des linken zuerst der rechte Arm erhoben wurde, er diesen in der vorangegebenen Weise festhielt, gleich als ob er der kranke Arm wäre, während er den linken freigab. Trotz der angeblich so heftigen Schmerzen in der linken Schulter war er doch im Stande, mit derselben, während er den Oberarm an die Brust drückte, den Vorderarm flectirt hielt,

rotirende Bewegungen zu machen, wobei er ein anscheinend im Schultergelenk entstehendes, knarrendes Geräusch hervorbrachte. Er wiederholte dies Manöver, das ihm keinerlei Schmerzen verursachte, so oft es verlangt wurde, und wollte damit für das Vorhandensein seines Leidens den Beweis liefern. Ueber die Dauer und Entstehung seines Leidens machte er schon damals die widersprechendsten Angaben. Dem Arzte sagte er, dass es schon so lange bestehe, als er denken könne, ohne eine bestimmte Angabe machen zu können, Anderen theilte er mit, dass sein Leiden von einem Fall herrühre, wobei er die Schulter verrenkt habe etc. Offenbar simulirte Z. Gutes Zureden half. Z. that, nachdem er einige Tage im Revier beobachtet und als gesund entlassen war, fortan wieder allen Dienst, wobei er, wie die Acten ergaben, nicht selten z. B. beim Ringen mit Kameraden eine grosse Kraft und Gewandtheit des linken Armes an den Tag legte. Erst Anfang November verweigerte er wieder im Dienst seinen linken Arm zu gebrauchen, indem er angab, heftige Schmerzen in der Schulter zu haben, welche von einem Sturze vom Pferde herrührten, den er Ende October in der Reitbahn erlitten, und wobei er gleichzeitig einen Tritt auf die linke Brustseite erhalten habe. Von dem ihn untersuchenden Arzte war er zwar für gesund und dienstfähig erklärt worden, da er indess bei seinen Klagen verharrte, so wurde er auf Befehl des Regiments-Commandos von der detachirten Eskadron, bei welcher er bisher gestanden, versetzt und dem Regiments-Stabslazareth zur bessern Beobachtung überwiesen. Hier geberdete er sich anfangs ganz in der oben geschilderten Weise, klagte über heftige Schmerzen in der Schulter, welche von jenem Pferdesturz herrührten, versicherte jedoch jeden Dienst, auch den schweren Stalldienst thun zu wollen, nur könne er es wegen seiner schmerzhaften Achsel nicht vertragen. Auch zu dieser Zeit hatte die Untersuchung keinen objectiven Anhalt geboten, welcher die Angaben des Z. irgendwie bestätigt hätte. Die eingeleitete Behandlung, sowie vielfache Ermahnungen hatten den Erfolg, dass Z. nach einer zehntägigen Beobachtung im Lazareth mit freier und tadelloser Haltung und Bewegung beider Arme aus dem Lazareth entlassen werden konnte. Zu einer der im Regiments-Stabsquartiere garnisonirenden Eskadronen versetzt, hatte er anfänglich seine Dienstobliegenheiten verrichtet, jedoch schon nach 8 Tagen von Neuem unter Vorschützen des früheren Leidens die Versuche sich dem Dienst zu entziehen begonnen und hierbei die ihm von seinen Vorgesetzten ertheilten Befehle auszuführen wiederholt geweigert. Da ärztlicherseits seine Klagen für unbegründet und Z. in einem motivirten Gutachten für einen Simulanten erklärt worden war, so war gegen ihn die Untersuchung eingeleitet und er durch Spruch des Kriegsgerichts zu einer längern Militärfestungs-Gefängnissstrafe verurtheilt worden.

Höheren Ortes war dieses Erkenntniss aus hier nicht weiter zu detaillirenden Gründen beanstandet, eine weitere Vernehmung von Zeugen, sowie die Beobachtung des Z. und die eventuelle Feststellung der Simulation durch eine Commission von Oberärzten in Glogau angeordnet worden. Der bereits in dem hiesigen Militärfestungs-Gefängniss detinirte Z. wurde demzufolge in das Lazareth aufgenommen.

Die Untersuchung ergab Folgendes: Z., von schlanker Figur und etwas bleichem Aussehen, zeigte einen mässig starken Knochenbau, an welchem Missbildungen nicht wahrzunehmen waren. Die linke, obere Extremität war normal gebaut, mit der rechten von gleicher Länge, Knochenauftreibungen oder Ausschwitzungen in die Gelenke nicht vorhanden. Die passiven Bewegungen der letzteren waren vollkommen frei, nach allen Richtungen hin leicht ausführbar und schmerzlos. Z. hielt den linken Arm stets ängstlich an die Brust geklemmt, doch war er im Stande, mit demselben auch alle Bewegungen activ auszuführen, wenn es auch anfänglich den Anschein hatte, als ob ihm dieselben schwer fielen. Die Muskulatur der linken, oberen Extremität schien erheblich schwächer entwickelt als die der rechten und ergaben die wiederholt in verschiedenen Zeiträumen vorgenommenen Messungen anscheinend die nicht unbedeutenden Umfangsdifferenzen.

So betrug: 1. Der Umfang der linken Schulter, indem bei wagerecht erhobenen Armen das Messband durch die Achselhöhle über den Zenith des Deltamuskels geführt wurde, 2,5 cm weniger, als der der rechten, 2. der Umfang des linken Oberarmes, in der Mitte gemessen, 1,5 cm weniger, als der des rechten, 3. der Umfang des linken Vorderarmes am stärksten Theil seiner Muskulatur, wenige Centimeter unter dem Ellbogengelenk gemessen, 1,5 cm weniger, als der des rechten.

Die electrocutane Sensibilität wie die electro-muskuläre Contractilität waren nicht vermindert. Schmerz wurde lebhaft empfunden und die Contractionen der einzelnen Muskeln erfolgten prompt und energisch selbst bei Anwendung eines weniger starken Stromes. Temperaturunterschiede zwischen linker und rechter oberer Extremität, resp. eine Herabsetzung der Temperatur an der ersteren waren nicht vorhanden. Das Erheben von Gegenständen mit dem linken Arm schien dem Z. anfänglich schwer zu werden, doch hatte er sowohl auf Zureden, wie auch freiwillig bei späteren Versuchen, ohne dass gegen die behauptete Schwäche des linken Armes ein Heilmittel zur Anwendung gelangte, mit demselben eine bemerkenswerthe Kraft an den Tag zu legen vermocht. Bei rotirenden Bewegungen in der linken Schulter konnte er, während er zugleich den Oberarm fest an den Brustkasten geklemmt hielt, ein knarrendes Geräusch hervorbringen, das weniger durch Bewegungen des Gelenkkopfes des Oberarmes im Gelenk selbst, als durch ein Auf- und Abwärtsschieben des Schulterblattes erzeugt zu werden schien. Z. wollte hiermit seine Angaben über Schwäche in der linken Schulter erweisen, doch war er im Stande, dasselbe Geräusch durch dieselben Bewegungen auch an der rechten Schulter hervorzurufen. Als Beweis dafür, dass dasselbe nicht im Gelenk durch Reiben des Gelenkkopfes des Oberarmes an der Gelenkfläche der scapula entstand, diente, dass bei einem Druck auf die fossa supraspinata und Feststellen des Schulterblattes das Geräusch trotz vielfacher Bemühungen des Z. nicht mehr hervorgebracht werden konnte.

Die Ernährung der Muskeln kann andererseits durch Simulation insofern beeinflusst werden, dass, um gewisse Bewegungen zu ver-

meiden oder zu verhindern, andere Muskelgruppen dauernd angestrengt und dadurch im Vergleich zur gesunden Seite hypertrophisch werden.

41. Ein Unterofficier wurde nach mehrjähriger Dienstzeit wegen seiner Führung nicht wieder zur Kapitulation zugelassen, er verlor also die Aussicht, den Civilversorgungsschein zu verdienen, den er sonst in nicht zu langer Zeit erhalten hätte. Er beschloss deshalb, sich ihn auf dem Wege der Invalidisirung zu verschaffen. Acht Monate etwa vorher war er an einer rheumatischen Schwellung des linken Kniegelenks, die im Dienst entstanden war, in Behandlung gewesen. Die Krankheit war jedoch rasch geheilt worden und er hatte seitdem unbehindert Dienst gethan. Plötzlich erklärte er nun wieder Schmerzen im linken Knie zu haben und dasselbe nicht völlig strecken zu können. Beim Gehen hielt er das Knie beständig leicht gekrümmt und setzte nur Zehen und Ballen auf den Fussboden auf. Objectiv erkennbare Veränderungen fehlten ganz. Viele Wochen lang wurde vergeblich versucht, den Simulanten von seinen Täuschungsversuchen abzubringen; mit eiserner Consequenz hielt derselbe sein Knie gekrümmt und ging linkerseits auf der Fussspitze, so ein starkes Hinken hervorbringend. Als endlich eine Entscheidung über den Mann herbeigeführt werden musste, fand sich am linken Knie, wie früher, nichts Krankhaftes, dagegen war die linke Wadenmuskulatur, welche bei der von ihm beliebten Art des Gehens immer angestrengt worden, viel stärker entwickelt, als die rechtsseitige. (Eigene Beobachtung.)

Bei angeblich frischer Erkrankung und wenn Symptome, welche den Behauptungen des Simulanten direkt widersprechen, wie schwielige Beschaffenheit von Handteller und Fusssohle oder kräftige Ernährung der Muskulatur, nicht constatirt werden können, müssen die Bemühungen des Arztes sich darauf richten, den Simulanten zu Bewegungen zu verleiten, welche ihn in Widerspruch zu seiner Angabe über das Bewegungshinderniss setzen. Dazu lässt man ihn eine bunte Reihe von Bewegungen des Gliedes, auch solche, die für den Untersuchungszweck unwesentlich sind, abwechselnd auf der gesunden und kranken Seite (die Prüfung der Ergiebigkeit der Bewegungen auf der gesunden Seite darf überhaupt niemals unterlassen werden) oder auf beiden Seiten zugleich machen, und zwar erst langsam, dann immer schneller und im raschen Wechsel. Zuweilen gelingt es schon hierbei, einen Unvorsichtigen Bewegungen machen zu sehen, welche er vorher für unmöglich erklärte. Immer muss man dabei sein Augenmerk darauf richten, die Aufmerksamkeit des zu Prüfenden von dem angeblich leidenden

Theil abzuziehen und die Bewegung des letzteren dann unvermerkt herbeizuführen. Es empfiehlt sich, nach den einfachen Beugungen und Streckungen eines einzelnen Gliedes auch zu combinirteren Bewegungen überzugehen, z. B. falls es sich um eine Unterextremität handelt, den Patienten wiederholt auf einen Stuhl steigen (nöthigenfalls zuerst mit theilweiser Hilfe) und wieder herabspringen zu lassen, während bei den Oberextremitäten die Möglichkeit der Bewegungen noch eine viel mannigfaltigere ist. Der specielle Fall wird für die Auswahl entscheidend sein und wird gerade hierbei der Scharfsinn des Beobachters sich bethätigen und das Empfehlenswerthe selbst finden müssen.

Klagt ein Mann über Empfindlichkeit des Fuss- oder Kniegelenks und setzt deshalb beim Gehen den Fuss nicht fest auf, so prüfe man mit einer gewissen Umständlichkeit die Bewegungen der Gelenke, während die Last des Körpers auf dem gesunden Fuss ruht. Danach frage man nach den Gelenken der gesunden Seite und prüfe diese ebenso. Bleibt der Kranke dabei ruhig auf dem kranken Fusse stehen, während der gesunde erhoben wird, so ist mindestens die Uebertreibung der Empfindlichkeit des Gelenks erwiesen. Allerdings ist nicht jeder Simulant so dumm, sich so weit zu vergessen; der Versuch dieses Verfahrens ist aber immerhin zu empfehlen.

42. Ein Rekrut der Artillerie behauptete, ein Jahr vor seinem Diensteintritt mit dem Pferde gestürzt zu sein und sich dabei eine Verletzung des rechten Daumens zugezogen zu haben, welche die Brauchbarkeit des letzteren beeinträchtige. Es fand sich auf der Dorsalseite des ersten Daumengliedes eine lineare, 1 cm lange, ganz glatte, nicht spannende Hautnarbe, welche einen schädlichen Einfluss auf die Gebrauchsfähigkeit des Fingers nicht haben konnte, ausserdem aber eine mässige Verdickung des Gelenks zwischen Mittelhandknochen und erstem Glied. Alle passiven Bewegungen dieses Gelenks wie der übrigen Daumengelenke waren aber möglich, ebenso die aktiven, sobald der Mann sie machen wollte. Diese Bewegungen erschienen zunächst nur wenig ausgiebig, doch ergab eine Vergleichung mit dem linken Daumen, dass auch hier die Bewegungen nicht freier waren und es sich also um keine krankhafte Steifigkeit, sondern um diejenige Schwerbeweglichkeit der Fingergelenke handelte, welche sich regelmässig nach jahrelanger Beschäftigung mit schwerer Handarbeit entwickelt. Abmagerung der Muskulatur war weder an der Hand, noch am Unterarm vorhanden. Nun hatte der Mann, welcher beim Geschützexerciren und Turnen keine Gebrauchsstörung der rechten Hand merken liess, ein auffälliges Ungeschick bei der Handhabung des Seitengewehrs entwickelt und besonders bei „Gewehr an“ den Säbel nicht halten zu können behauptet, sondern ihn stets nach vorn überfallen lassen. Die Untersuchung ergab, dass er den Säbelgriff nur mit dem zweiten bis fünften Finger umfasste, den Daumen dagegen nicht an-

drückte, sondern absichtlich steif und möglichst vom Zeigefinger entfernt (abducirt) hielt. Der Aufforderung, den Daumen an den Säbelgriff zu legen, wollte er durchaus nicht nachkommen können. Dagegen vermochte er einen ihm hingehaltenen Finger (der sehr viel dünner ist, als der Säbelgriff) zwischen Daumen und Zeigefinger zu fassen und auf Verlangen einen fühlbaren Druck auszuüben. Natürlich drückte er nicht mit der vollen Kraft eines Mannes. Einen danach ihm hingehaltenen Federhalter konnte er angeblich gar nicht halten, sondern liess ihn zu Boden fallen. Die Unwahrhaftigkeit des Mannes zeigte sich auch darin, dass er das Gelenk zwischen beiden Daumengliedern bald biegen konnte, bald völlig steif hielt, wobei zu bemerken ist, dass man eine kräftige Abduction leichter mit gestrecktem Daumen ausführt. Am nächsten Tage wurde der Mann, ohne seiner Hand irgend eine Aufmerksamkeit zuzulenken, nach seiner Heimath befragt, nach der Schule, die er besucht, und ob er lesen und schreiben könne. Er war thöricht genug, letzteres ohne Arg zu bejahen, und als er nun aufgefordert wurde, seinen Namen zu schreiben, ergriff er denselben Federhalter, den er am Tage vorher hatte fallen lassen, regelrecht zwischen Daumen, Zeige- und Mittelfinger und schrieb mit sicherer Führung der Feder seinen Namen. Hierdurch war evident erwiesen, dass der Mann die abgeleugnete Fähigkeit, den Daumen mit einer gewissen Kraft zu adduciren, wirklich besass. Zweifelhaft konnte sein, ob die Kraft ausreichend war, den Säbel beim Umfassen des Griffes genügend zu fixiren. Bei „Gewehr an" liegt aber der Daumen auf der einen Seite des Griffes, Zeige- und Mittelfinger auf der andern, während der vierte und fünfte Finger gestreckt hinter dem Griffe liegen. Die Last des Säbels ruht mit der Querstange auf Zeigefinger und Daumen, besonders starke Adduction beider Finger ist jedoch zum Fixiren nicht nöthig, sondern durch den Druck des vierten und fünften Fingers nach vorn wird der Säbel in senkrechter Lage erhalten. Wäre bei dem Rekruten die Adduction des Daumens zu schwach gewesen, den Griff festzuhalten, so musste letzterer durch den vierten und fünften Finger nach vorn gedrückt werden und der Säbel so, den Griff nach unten, zu Boden fallen. Statt dessen liess er regelmässig die Spitze vornüber sinken, drückte also ebenso ungenügend mit dem vierten und fünften Finger nach vorn, wie er mit Zeigefinger und Daumen den Griff nur lose hielt. (Eigene Beobachtung.)

Zu bemerken ist, dass es vielleicht vorsichtiger gewesen wäre, den Mann zu fragen, ob er schon als Soldat nach seiner Heimat geschrieben habe, ehe man ihm den Federhalter gab, über welchen ein Klügerer vielleicht doch gestutzt hätte.

Nicht selten wird man in dem Bestreben, Widersprüche in dem Verhalten der Simulanten nachzuweisen, unterstützt durch die Inconsequenz der letzteren. Besonders beim Militär, wenn Gebrauchsstörungen der unteren Extremitäten simulirt werden, kommt es vor, dass ein Mann, wenn er beim Arzt keinen Glauben findet und unangenehmen Behandlungsmethoden unterworfen wird, sich

entschliesst, die Simulation aufzugeben. Nach einigen Tagen des Exercirens wird ihm sein Entschluss wieder leid, und er erklärt von Neuem, nicht marschiren zu können. Fehlen dann alle äusseren Erscheinungen zur Erklärung der angeblich wechselnden Gebrauchsfähigkeit der Extremität, so hat man daran ein Beweismoment mehr für die Simulation.

43. Ein als unsicherer Heerespflichtiger eingestellter, 21 Jahre alter Mann, von Beruf Grobschmied, klagte beim Exerciren sofort über heftige Schmerzen im rechten Fuss. Es fand sich Plattfussbildung beiderseits, jedoch nicht in dem Grade, um die Dienstfähigkeit auszuschliessen, und ausserdem vorn über dem rechten Fussgelenk eine 2,5 cm lange, alte, glatte und blasse Hautnarbe, welche mit den unterliegenden Theilen nicht verwachsen war und dadurch entstanden sein sollte, dass vor längerer Zeit ein Stück glühenden Eisens auf den Fuss gefallen war. Es konnte von vornherein kein Zweifel darüber sein, dass diese alte Narbe kein Hinderniss für den Gebrauch des Fusses war, aber gerade auf diese Narbe basirte der Mann ein kläglich anzusehendes Hinken. Bei der Untersuchung erhob er ein jämmerliches Geheul, gleichviel, ob man die Fusswurzelknochen, die Hautnarbe oder auch nur die Knöchel berührte, und fuhr vor der untersuchenden Hand zurück, als ob er den furchtbaren Schmerz nicht ertragen könnte. Dabei fand sich weder Schwellung noch Röthung, noch irgend ein anderer Umstand, der eine solche Empfindlichkeit erklären konnte, an dem betreffenden Fuss. Da sonach nur Schlaffheit der Gewebe als Krankheitsursache angenommen werden konnte, wurde die örtliche kalte Douche im warmen Bade angeordnet. Dieselbe war dem Manne so unangenehm, dass er nur durch Verschliessen der Thür im Badezimmer zurückgehalten werden konnte. Dagegen war die Wirkung geradezu wunderbar. Denn schon am andern Tage erklärte er sich gebessert und liess den Fuss ohne Schmerzensäusserung betasten, und am dritten Tage verliess er das Lazareth geheilt und ohne im Mindesten zu hinken. Nach zweitägigem Exerciren hatte er die Lust an dieser Thätigkeit wieder verloren und begann das frühere Spiel. Objective Symptome fanden sich ebenso wenig als vorher. Da der Schlauch der Douche defekt war, konnte die heilbringende Behandlung nicht im vollen Umfange angewendet werden, und so verzögerte sich die Heilung 14 Tage. Danach war der Mann wieder so weit gebracht, dass er ohne zu hinken das Bett verliess und zum Dienst ging. Wieder hielt er es in demselben aber nur zwei Tage aus, und wurde nun die gerichtliche Untersuchung beantragt. Es wurde dazu ausgeführt, dass beide Füsse des Mannes gleich gebildet seien und bei Plattfussbildung nach Anstrengungen wohl Schmerzen und rasche Ermüdung vorkommen können, dass aber der rasche Wechsel in der vollen Gebrauchsfähigkeit und Unbrauchbarkeit gerade des einen Fusses ohne jegliche nachweisbare Ursache (denn die Narbe sei indifferent) als unglaubhaft und Schauspielerei erachtet werden müsse. Ferner wurde darauf hingewiesen, dass der Mann, wenn er das angebliche Fussleiden

wirklich besässe, sein Gewerbe als Schmied unmöglich hätte betreiben können, da er dabei nicht nur den ganzen Tag stehen, sondern ausserdem die Erschütterungen des Körpers durch die Hammerschläge aushalten müsste. — Der Mann wurde in Folge eines zweiten Gutachtens wegen Plattfusses als untauglich entlassen. (Eigene Beobachtung.)

44. Ein Soldat N. erlitt im Herbst 1879 am Ende seines ersten Dienstjahres bei einem Fall durch einen Glassplitter eine Schnittwunde unterhalb des linken Kniegelenks, in Folge deren eine 6 cm lange, nicht adhärente Narbe zurückblieb. Das Gelenk war dabei nicht im Mindesten betheiligt. Ein ganzes Jahr später soll N. zuerst bei seinen Kameraden über Schmerzen im Kniegelenk geklagt haben (wahrscheinlich entstand damals wegen nicht erfolgter Entlassung nach zweijähriger Dienstzeit zuerst der nachmals wiederholt wieder aufgegebene Vorsatz, zu simuliren), aber erst im Frühjahr 1881 meldete er sich krank wegen Schmerzen im linken Kniegelenk. Bei wiederholten Untersuchungen wurde, abgesehen von der nicht hinderlichen Narbe, nie ein objektives Krankheitssymptom gefunden, N. daher wiederholt abgewiesen. Am 9. Juli 1881 blieb er bei einer Felddienstübung wieder hinkend zurück und wurde von seinem militärischen Vorgesetzten unter Begleitung eines Unterofficiers nach Hause geschickt. Den $1^1/_2$ stündigen Rückmarsch leistete er ohne Unterbrechung, und bei der darauf folgenden Untersuchung durch den Arzt (also nach dreistündigem Gebrauch eines schmerzenden Kniegelenks) wurde wiederum nichts gefunden. Vierzehn Tage nachher machte er eine dreitägige anstrengende Festungsübung ohne jede Klage mit. Bald darauf meldete er sich wieder krank und wurde für einen Simulanten erklärt. Behufs commissarischer Untersuchung Anfang October in eine grössere Garnison geschickt, änderte er dort seine Angaben und klagte über Schmerzen in beiden Knieen nach Anstrengungen, und über Schmerzen in der linken Brustseite, welche im Laufe des Tages sich wiederholt einstellen sollten. Erstere führte er jetzt (offenbar, weil er sich überzeugt hatte, dass auf die Narbe von keinem Arzt Gewicht gelegt wurde) auf eine Erkältung, bald auf im Lazareth (im Juli und August) erlittene lokale Douchen, bald darauf zurück, dass der Tambourmajor ihn (im Januar) an mehreren Tagen Laufschritt durch Wasser habe machen lassen. Sein Brustleiden erklärte er dadurch, dass er vor seinem Diensteintritt von einem Wagen überfahren worden sei. Die Brust (89—94 cm) des überaus kräftig gebauten, blühend aussehenden Mannes erwies sich als gesund, die Muskulatur beider Beine sehr gut und ganz gleichmässig entwickelt, die Kniegelenke zeigten beide normale Verhältnisse, allerdings auch beide ein leicht knarrendes oder knackendes Geräusch. Eine Umfangsdifferenz beider Kniee war bei wiederholter sorgfältiger Messung nicht zu constatiren, während in der Garnison eine Verdickung des linken Knies um 0,5 cm gefunden worden war. — Das Gutachten konnte nicht zweifelhaft sein. (Eigene Beobachtung.)

Die Simulation der Gelenkleiden, von denen vorstehend schon Fälle mitgetheilt worden sind, beanspruchen noch eine besondere Besprechung, da ihre Behandlung oft eigenthümliche

Schwierigkeiten bietet. Die betreffenden Simulanten zerfallen in zwei Klassen, es kommen Leute mit Klagen über Gelenke, an denen absolut nichts Krankhaftes zu finden ist, es kommen ferner solche vor, bei denen geringfügige Veränderungen vorliegen, ohne dass letztere nach ärztlichem Urtheil als genügender Grund der angeblichen Beschwerden gelten können.

Was die ersteren anbetrifft, so ist das Fehlen objectiver Krankheitssymptome an sich noch kein Beweis für die Grundlosigkeit der Klagen, denn es kann nicht nur Schmerzhaftigkeit, es können sogar ernste Veränderungen auf den Gelenkflächen bestehen, ohne dass äusserlich am Gelenk etwas Auffälliges nachzuweisen ist (cf. Fall 38). Dieser Mangel objectiver Symptome hat jedoch seine Grenzen, er hört auf, wenn der krankhafte Process im Gelenk längere Zeit besteht und vor allem dann, wenn das Gelenk nicht geschont, sondern gebraucht wird. Da nun meistens Wochen und Monate vergehen, ehe ein entscheidendes Urtheil über einen Simulanten gefällt wird, so wird in schwierigen Fällen der dauernde Mangel jeder objectiv erkennbaren Veränderung am Gelenk immer ein sehr werthvolles Indicium gegen den Simulanten sein, vorausgesetzt — dass sich der Arzt nicht selbst um dasselbe bringt. Es ist daher von grosser Wichtigkeit, dass man in solchen Fällen nicht starke Hautreize anwendet, welche leicht zu Schwellungen und Verdickungen der Haut und des Unterhautzellgewebes führen, die besonders an den scharf contourirten Gelenken der Unterextremitäten sich nur spät und schwer zurückbilden. Vesicantien und Jodtinctur sind daher bei Verdacht der Simulation am Knie und Fussgelenk vollkommen contraindicirt. Ein längere Zeit energisch mit Jodtinctur behandeltes Kniegelenk zeigt oft Monate lang eine Abflachung der Gruben neben der Patella. Wird dann ein solcher Mann, von dessen Simulation man vollkommen überzeugt ist, einem andern Arzt oder einer Commission vorgestellt, so wird das Verstrichensein der Contouren nicht unbemerkt bleiben können, es muss im Urtheil berücksichtigt werden, und wie will man beweisen, dass es nur Folge der Behandlung ist? Gute Mittel dagegen sind in allen diesen Fällen Elektricität und lokale kalte Douchen.

Ferner ist zu beachten, dass man äusserlich normale Gelenke, die man selbst für gesund hält, nicht unbenutzt lässt. Handelt

es sich um die Unterextremitäten, so lasse man den Mann nicht im Bett liegen, mit den Oberextremitäten lasse man consequent passive Bewegungen vornehmen. Es ist ein sehr beliebtes und stellenweise auch vortheilhaftes Verfahren, einen Simulanten, der über ein Bewegungshinderniss an den Beinen klagt, dauernd ins Bett zu legen, denn es wird dem Gesunden letzterer Zustand bald langweilig und zuweilen unerträglich. Kommt man jedoch dabei in zwei bis drei Wochen nicht zum Ziel, so lasse man lieber den Simulanten umhergehen, damit die Gelenke geschmeidig bleiben. Man muss auch hierbei daran denken, dass oft ein zweiter Arzt zur Begutachtung kommt. Bemerkt dieser vor dem liegenden Simulanten: „Es ist nichts am Gelenk zu finden", so sagt ein schlauer Mann: „Augenblicklich, wo ich Ruhe habe, ist es auch besser, aber wenn ich mich anstrengen muss, so habe ich Schmerzen." Damit ist die Beurtheilung mindestens vertagt, dagegen wenn sich am Gelenk eines Umhergehenden bei unvermutheter Untersuchung keine Schwellung findet, so kann letzterer Umstand nicht als zufällig und vorübergehend erachtet werden. Noch gefährlicher als das Bettliegen des Simulanten ist eine Behandlung des angeblichen Gelenkleidens durch Fixirung in bestimmten Lagen, man kann dadurch geradezu Steifigkeiten, die vorher nicht da waren, herbeiführen.

Wie wichtig bei den oberen Extremitäten die passiven Bewegungen gegen den Willen des Simulanten sind, zeigt der folgende Fall.

45. Ein Mann kam nach einer im Dienst durch Hufschlag erlittenen Contusion des linken Ellenbogengelenks in das Lazareth. Die nachfolgende Entzündung des Gelenks wurde in rechtwinkeliger Stellung des letzteren behandelt und nach erreichter Heilung fand sich die Beweglichkeit des Gelenks etwas verringert. Passive Bewegungen (zuerst in der Chloroformnarkose) hoben auch diesen Uebelstand, 52 Tage nach der Verletzung war in der Narkose vollständige Streckung mit Leichtigkeit möglich, während die Beugung fast ganz ausführbar war. Pro- und Supination waren nie beschränkt gewesen. Nach weiteren 4 Wochen, während welcher passive Bewegungen und elektrische Behandlung stattgehabt hatten, wurde der Patient als vollständig geheilt aus dem Lazareth entlassen und zunächst zu leichtem Arbeitsdienst verwendet. Der Mann suchte jedoch Kapital aus seiner Verletzung zu schlagen, klagte über wenig glaubhafte Schmerzen, hielt den Arm, sobald es ihm nicht direkt untersagt wurde, beständig im rechten Winkel und setzte den zeitweise wieder eingeleiteten (im Revier doch nicht consequent durch-

geführten) passiven Bewegungen den Widerstand seiner inzwischen erstarkten Muskulatur entgegen. Ein Jahr nach der Verletzung ergab die Untersuchung des beständig querulirenden Mannes, dass das linke Ellenbogengelenk an Umfang das rechte um 1 cm übertraf, ohne jedoch eine specielle lokale Verdickung oder irgend welche Reiz- oder Entzündungserscheinungen zu zeigen. Die Streckung war aktiv nur bis zu einem Winkel von 140° ausführbar, weitere Streckung war passiv möglich, jedoch nur unter Schmerzen und nicht bis zu vollen 180°. Der recht muskulöse linke Oberarm war an Umfang um 1 cm schwächer als der rechte, die Unterarme waren gleich stark. Der Mann erreichte seine Absicht nicht und wurde auf Befehl des Generalcommandos trotz des kleinen Fehlers im Dienst behalten. (Eigene Beobachtung.)

Mit vorstehendem Fall ist bereits die Klasse derjenigen Gelenk-Simulanten berührt, welche Veränderungen der Gelenke wirklich vorführen können. Nicht selten finden sich, wie in dem erzählten Fall, Verdickungen der Gelenke an ihrer Aussenseite, welche nach einer längst überstandenen Entzündung und nach Verletzungen zurückgeblieben sind. An den Gelenkflächen haben sich in Folge des Gebrauchs die Entzündungsprodukte ganz oder zum grössten Theil zurückgebildet, in der Umgebung sind sie geblieben. Namentlich am Ellenbogengelenk ist dieser Befund sehr häufig, so dass ihm die Dienstanweisung für die Militärärzte vom 8. April 1877 eine besondere Nummer in der Aufzählung der Fehler gewidmet hat. (Anlage 2, i und Beilage IV. a. 57, also Aushebung zur Ersatzreserve oder Garnisondienstfähigkeit zulassend, während nach der früheren Instruction dieser Fehler die Dienstfähigkeit überhaupt nicht beeinträchtigte.) Doch auch an anderen Orten, namentlich Finger-, Daumen- und Handgelenken findet man Aehnliches. Immer wird man bei der Beurtheilung in erster Linie die Bewegungsfähigkeit des Gelenks und nicht die indolenten Verdickungen berücksichtigen müssen.

Jedoch nicht bloss Verdickungen, sondern auch Umfangsverringerungen von Gelenken findet man zuweilen bei Simulanten. Wenn nach einem abgelaufenen Gelenkleiden noch immer über das Gelenk geklagt und letzteres mit Compressionsbinden weiter behandelt wird, so kann durch Schwund des Unterhautzellgewebes eine nachweisbare Abnahme des Umfangs hervorgebracht werden.

Ein anderes Symptom, welches von Simulanten mit Vorliebe producirt wird, sind die bei Bewegungen entstehenden Geräusche

(Knacken und Knarren) in den grösseren Gelenken. Auch von ärztlicher Seite wird denselben vielfach ein zu grosses Gewicht beigelegt. Diese Geräusche finden sich sehr häufig bei ganz gesunden Leuten, welche jedoch ihre Glieder nur in einförmiger Arbeit und nicht ausgiebig genug zu bewegen gewohnt gewesen sind. Bei einem fleissigen Turner dürften sie seltener sein. Die Geräusche entstehen nicht immer durch Reibung an den Gelenkflächen, sondern auch durch die Sehnen, namentlich bewegt sich die lange Sehne des Biceps in ihrem sulcus häufig mit Geräusch, ebenso kann durch Bewegung des Schulterblattes an der hintern Thoraxwand der Eindruck eines Geräusches im Schultergelenk hervorgerufen werden. Um etwas Positives zu gewinnen, habe ich die grösseren Gelenke von hundert neu eingestellten Rekruten hinsichtlich ihrer Bewegungen untersucht und dabei mehr Geräusche gefunden, als ich erwartete. Sehr oft fühlt man bei Beginn der Bewegungen ein Knacken, das sich bei der Fortsetzung derselben nicht wiederholt. Dieses Anfangsgeräusch, wie ich es nennen möchte und welches besonders am Kniegelenk vorkommt, habe ich ebenso wenig berücksichtigt, als die Geräusche in den Finger-, Fuss- und Zehengelenken.

Es fanden sich Geräusche in

beiden Schulter- und beiden Kniegelenken	bei	2	Leuten
beiden Schulter- und einem Kniegelenk .	„	1	„
einem Schulter- und beiden Kniegelenken .	„	2	„
einem Ellenbogen- und beiden Kniegelenken	„	1	„
beiden Schultergelenken	„	2	„
einem Schultergelenk	„	7	„
beiden Handgelenken	„	1	„
einem Handgelenk	„	1	„
beiden Kniegelenken	„	8	„
einem Kniegelenk	„	10	„
einem Hüftgelenk	„	1	„
überhaupt Geräusche	bei	40	Leuten.

Berücksichtigt man die Zahl der Gelenke, so finden sich also Geräusche bei 200 Schultergelenken 19 Mal = 9,5 Procent, bei 200 Kniegelenken 41 Mal = 20,5 Procent aller Kniegelenke. Ich

möchte daraus den Schluss ziehen, dass Geräusche in Schulter- und Kniegelenken, sobald nicht noch andere berücksichtigenswerthe Symptome vorliegen, gar keine Beachtung verdienen.

46. N., ein kräftiger, im zweiten Dienstjahre stehender Soldat, erlitt am 20. December beim Turnen eine Distorsion des linken Kniegelenks, welche eine Entzündung des letzteren zur Folge hatte. Nach entsprechender Behandlung im Lazareth wurde er am 5. Mai des folgenden Jahres als vollständig geheilt entlassen, doch bemerkte er schon am Tage, da seine Entlassung bestimmt wurde, „ich habe aber noch Schmerzen im Knie.“ Da er schon viele Wochen unbehindert umhergegangen war, theilte der behandelnde Arzt diese Aeusserung dem Truppenarzte mit dem Bemerken mit, dass N. seine Verletzung verwerthen zu wollen scheine. In der That fing dieser, obwohl er bis dahin ohne jegliche Beschwerde gegangen war, jetzt an zu hinken und klagte bei jedem Dienst über Schmerzen im linken Kniegelenk, das auch noch einige Male vorübergehende Anschwellungen zeigte. Am 22. Juli wurde constatirt, dass das Kniegelenk vollständig normal configurirt, frei beweglich, seine Contouren nicht verstrichen und der Umfang desselben über der Kniescheibe gemessen 0,5 cm grösser sei, als rechts. Mit Rücksicht auf die nach solchen Verletzungen oft längere Zeit zurückbleibende Schwäche wurde empfohlen, den Mann von anstrengenden Fussübungen zurückzulassen, dagegen zu allem Arbeitsdienst heranzuziehen, bis er dessen selbst überdrüssig würde. Das Benehmen des N. blieb dabei consequent dasselbe; wenn er sich unbeachtet glaubte, hinkte er nicht, während er in Gegenwart seiner Vorgesetzten in übertriebener Weise hinkte; dem Dienste suchte er sich auch durch andere lügenhafte Vorwände zu entziehen, und obwohl er den ganzen Tag auf den Beinen war, trat eine Verschlechterung seines angeblichen Knieleidens nicht ein. Ende December wurde das Knie in ganz demselben Zustande gefunden, wie fünf Monate vorher, auch die Umfangsdifferenz von 0,5 cm war dieselbe geblieben. Geräusche fanden sich bei Streckung nach vorheriger starker Beugung in beiden Kniegelenken, im rechten aber stärker, als in dem angeblich kranken linken.

Da der Truppentheil auf eine Entscheidung drängte, konnte im Gutachten nur ausgeführt werden, dass die Angaben des N. über seine Beschwerden im linken Knie zweifellos falsche seien, dass aber das Gelenk nicht als vollkommen normal bezeichnet werden und N. daher nur für garnisondienstfähig gelten könne. (Eigene Beobachtung.)

47. Ein Fall, wo die Simulation durch zweifellose Selbstbeschädigung unterstützt wurde und, obwohl erkannt und bestraft, doch nach fast zweijähriger Dienstzeit die Dienstentlassung herbeiführte, war der des Rekruten N. Derselbe war des Exercirens bereits nach acht Tagen überdrüssig geworden und präsentirte eine alte Hautnarbe, welche vom Condylus internus der rechten Tibia nach vorn, 4 cm unterhalb des unteren Randes der Kniescheibe verlief und auf der Crista tibiae endigte. Dieselbe war nicht adhärent, hing auch nirgends mit dem Kniegelenk zusammen, welches letztere vollkommen normal und dem linken gleich

erschien. Die Muskulatur des Mannes war fast herkulisch entwickelt und es war kaum möglich, das Gelenk passiv gegen seinen Willen zu bewegen. Dieses Kniegelenk nun sollte bei Bewegungen schmerzhaft und völlige aktive Streckung desselben unmöglich sein. Da der Mann sich nicht darüber belehren liess, dass diese Narbe kein Hinderniss für das Gelenk bedingen könne, wurde er zunächst zur Beobachtung in's Lazareth geschickt. Von dort wurde er nach 20 Tagen als gesund entlassen, jedoch hinkte er nach wie vor. Um ihm endlich den Process zu machen, wurde vom Regiment eine ärztliche Commission zur Begutachtung des Mannes bestimmt. N. hatte nun so oft der Messung seiner Kniegelenke zugesehen und dabei die Constatirung der völligen Gleichheit beobachtet, dass er sich daraus eine Lehre gezogen hatte. Als er vor der ärztlichen Commission erschien, fand man das bis dahin ganz normale Gelenk sehr beträchtlich geschwollen. N. kehrte daher vorläufig wieder in's Lazareth zurück. Daselbst erklärte er auf Befragen, es sei durchaus nichts mit dem Gelenk geschehen, namentlich keine äussere Gewalt an dasselbe gekommen, sondern die Schwellung ganz von selbst entstanden. Am anderen Tage jedoch zeigten sich nach innen und oben von der Kniescheibe zwei runde blaue Flecke (Blutunterlaufungen), zwei Tage später war die ganze innere Seite des Kniegelenks blaugelb verfärbt in Folge Ausbreitung des in der Tiefe ergossenen Blutes im Unterhautzellgewebe. Als nun N. vorgehalten wurde, dass doch der Dümmste solche blaue Flecke deuten könne und dass eine Contusion des Gelenks stattgefunden haben müsse, gab er an, er sei allerdings vor 14 Tagen beim Exerciren gefallen und habe sich an das Knie gestossen. Die Lügenhaftigkeit dieser Erklärung war aus der angegebenen Zeit und daraus ersichtlich, dass die ersten blauen Flecke, welche doch als Einwirkungsstellen einer stumpfen Gewalt anzusehen sind, sich an einem Orte befanden, der beim Fallen auf ebener Erde nicht getroffen werden konnte. Da N. das Knie hartnäckig gekrümmt hielt, wurde in der Chloroformnarkose (während welcher die Streckung gar kein Hinderniss bot) durch einen Gypsverband das Gelenk in gestreckter Stellung fixirt. Wegen behaupteter heftiger Schmerzen wurde der Verband schon nach fünf Tagen entfernt, das Gelenk zeigte einen nur um 0,5 cm grösseren Umfang als das linke. Unter einem zweiten Gypsverband schwand dann jeder Rest einer krankhaften Aenderung und nachdem sich ergeben hatte, dass auch nach längerer Benutzung des Beines keine neue Schwellung eintrat, wurde er, zehn Wochen nach der Aufnahme, als nunmehr völlig gesund entlassen. N. liess sich jedoch von der Simulation nicht abbringen. So wurde er endlich in Folge eines entsprechenden Gutachtens zu einem Jahr Gefängniss verurtheilt. Im Militärgefängniss, wo N. nach wie vor hinkte, acquirirte er auf nicht festgestellte Weise noch zwei Mal eine Schwellung des Gelenks, welche das erste Mal in fünf, das zweite Mal in zehn Wochen völlig beseitigt wurde. Nach Verbüssung der Strafe wurden bei der Truppe doch Verdickung der Gelenkkapsel und Geräusche bei Bewegung des Gelenks constatirt und blieb nichts übrig, als den hartnäckigen Simulanten als dienstunbrauchbar zu entlassen.

Schliesslich darf an dieser Stelle der Plattfuss nicht ganz unerwähnt bleiben, das Leiden, mit dem der Militärarzt (wenn er nicht bei der Garde steht) immer zu thun hat, sobald auch nur eine kleinere Zahl von Körperuntersuchungen nothwendig wird. Wollte man bei der Aushebung jeden Plattfüssigen zurückweisen, so würde auch in den besten Bezirken der Ersatz nicht gedeckt werden. Es ist deshalb wesentlich es auszusprechen, dass Plattfüssige, bei denen die Ausbildung des Knochen- und Bändersystems beendet ist, ganz dieselbe Leistungsfähigkeit im Aushalten von Märschen*) besitzen, bez. erwerben können, wie ceteris paribus Leute mit wohlgebildetem Fussgelenk. Leider besitzen wir kein sicheres Criterium zur Feststellung dieses Zeitpunktes, denn die Entwickelungsdauer ist ausserordentlich verschieden und wird durch Raçe, Ernährungsverhältnisse und individuelle Anlagen stark beeinflusst. Immerhin wird man, ausgenommen natürlich die hochgradigen Fälle, mit der Attestirung der Dienstunbrauchbarkeit wegen Plattfusses nicht zu eilig sein dürfen, wenn man nicht hinterher von dem glücklich Entlassenen ausgelacht werden will (cf. Fall 43).

Contracturen durch willkürliche Anspannung der Muskulatur (welche sowohl an den Extremitäten, wie an Hals- und Brustwirbelsäule früher oft producirt wurden) kommen jetzt wohl selten vor und sind an der fühlbaren Spannung der Muskeln, wie an ihrem Weichen bei entsprechenden Bewegungen leicht zu erkennen. Sollten sie auffallend geschickt gemacht werden, so könnten sie doch im Schlafe und in der Narkose nicht fortbestehen.

48. Ich entsinne mich nur eines etwas komischen Falles, in dem ein Rekrut eine erhebliche Krümmung des kleinen Fingers der rechten Hand zeigte, ein wesentliches Hinderniss für die Handhabung des Gewehrs, für dessen Begründung weder eine Narbenverkürzung noch eine entzündliche Schwellung vorhanden war. Streckte man mit Gewalt den Finger, so brach der Mann vor unsäglichem Schmerz, den er mit grosser Naturtreue darstellte, fast zusammen. Der Bataillonsarzt erklärte ihn für einen Simulanten, die Compagnie berichtete, dass sie dieser Ansicht nicht beitreten könne. Der Bataillonscommandeur, der sich für einen grossen Menschenkenner hielt, wurde ebenfalls von dem Schauspielertalent des Mannes getäuscht, und hielt ihn für wirklich

*) Dass man von diesen Leuten auch Leistungen im Springen verlangt, ist allerdings unbillig.

untauglich. Er brachte die Sache zur Entscheidung des Regiments. Der Regimentsarzt trat dem ersten ärztlichen Gutachten natürlich bei, und als er lächelnd den gekrümmten Finger streckte, während der Mann sich vor Schmerzen wand, war ein Theil der Zuschauer in hohem Grade sittlich entrüstet über diese ärztliche Grausamkeit und Gefühllosigkeit. Der Commandeur des Regiments entschied sich jedoch dahin, dass er sich lediglich nach dem ärztlichen Gutachten richten könne, und schickte den Mann in Arrest. Nach Verbüssung desselben war und blieb der Finger beweglich.

Sehr schwierig und, wenn die Leute schlau sind, geradezu unmöglich ist es, Simulanten von Neuralgien zu entlarven, welchen die Symptome der Krankheit aus früherer eigener Erfahrung bekannt sind. Sie lokalisiren die Schmerzen genau und richtig und physikalische Symptome fehlen bekanntlich. Man kann dann nur aus den näheren Umständen, z. B. ob es im Interesse des Kranken liegt, für krank zu gelten, sowie aus seinem ganzen Auftreten und Benehmen, dem Schlaf bei Nacht, der Art und Weise, seine Klagen vorzubringen bez. auf die Heilversuche zu reagiren, urtheilen (cf. den allgemeinen Theil). Hat man dabei die immer nur subjective Ueberzeugung gewonnen, dass Simulation vorliegt, so bleibt, wie ebenfalls bereits vorn ausgeführt worden, meist nichts übrig, als noch hartnäckiger zu bleiben, wie der hartnäckige Simulant, bis dieser endlich der erfolglosen Bemühungen überdrüssig wird.

So sah ich einen älteren Unterofficier und einen Militärgefangenen Ischias simuliren, ohne es ihnen jedoch beweisen zu können.

Zu den schlimmsten Schmerzen für den Militärarzt gehören die rheumatischen. Von ihnen gilt auch alles so eben Gesagte, doch besitzt man gegen dieselben wenigstens ein gutes Heilmittel in dem elektrischen Strome und in der Anwendung von Pilocarpin-Injectionen (cf. Seite 25).

Die unbegründete Vermuthung simulirter rheumatischer Schmerzen ist zuweilen durch Geschwülste im Becken, die nicht sogleich bemerkt wurden, sowie durch beginnendes Rückenmarksleiden herbeigeführt worden. Man versäume daher nicht, die Untersuchung auch nach dieser Richtung hin auszudehnen.

49. Ein Rekrut N. erkrankte sehr bald nach seiner Einstellung an reissenden Schmerzen in beiden Armen, für die sich objectiv erkennbare Grundlagen nicht finden liessen. Die Beurtheilung des an sich nicht übermässig kräftigen, beständig klagenden Mannes erschien schwierig.

Nach fast neun Monate langer Beobachtung und Behandlung erachtete ihn der Truppenarzt wegen Hysterie und Neuralgie für dienstunbrauchbar. Auf Befehl des Generalcommandos wurde N. einer ärztlichen Commission zur Beobachtung und Begutachtung überwiesen. Dieselbe fand Folgendes:

p. N. ist ein wohlgebauter, jedoch nur mässig genährter Mann mit deprimirtem weinerlichen Gesichtsausdruck. Das Gesicht ist blass, die sichtbaren Schleimhäute sind jedoch von normaler Färbung. Die Brust erscheint zunächst schmal, die Messung ergiebt aber wegen guter Wölbung nach vorn einen genügenden Umfang (86—93 cm) und eine gute Ausdehnungsfähigkeit des Brustkastens. An den inneren Organen lässt sich durchaus nichts Krankhaftes nachweisen. Der Appetit ist gut, die Verdauung, abgesehen von einem intercurrenten Magenkatarrh der letzten Tage, in Ordnung, die Nachtruhe ungestört. Die Muskulatur ist nur mässig entwickelt und schlaff, der rechte Arm sieht schlaffer und schwächer aus, als der linke, doch besteht keine wesentliche Differenz des Umfanges an den gleichen Stellen beider Arme.

Während nach dem truppenärztlichen Attest N. früher über Schmerzen in beiden Armen geklagt hatte, legt er hier von vornherein das Hauptgewicht auf angebliche Schmerzen und Schwäche im rechten Arm. Er bedient sich beim Essen und anderen Verrichtungen (z. B. beim Thüröffnen) vorwiegend des linken Armes und behauptet, dass er diese Gewohnheit erst seit Beginn seiner Dienstzeit angenommen habe, weil der Gebrauch des rechten Armes ihm Schmerzen verursache. Gegen die Glaubhaftigkeit dieser Behauptung spricht der Umstand, dass N. auf Commando kräftige Bewegungen des Armes (Freiübungen) nach allen Seiten ausführen kann, offenbar ohne durch Schmerzen gehindert zu werden. Lässt man ihn diese Freiübungen mit beiden Armen ausführen, so bleibt er zuerst mit dem rechten Arm in Schnelligkeit und Energie der Bewegungen gegen den linken zurück, je schneller man jedoch die Uebungen sich folgen lässt, um so mehr schwindet jede Differenz beider Arme. Es ist daher wenig wahrscheinlich, dass ihn Schmerzen bei den zwanglosen Bewegungen des Essens bewogen hätten, vom Gebrauch des rechten Armes abzustehen, und liegt die Annahme nahe, dass er von Jugend auf „links gewesen“. wie der vulgäre Ausdruck lautet, und dass er nun die hierdurch bedingte geringere Entwickelung und Geschicklichkeit des rechten Armes zur Simulation einer Krankheit dieses Armes zu verwerthen strebt.

Als Hauptsitz seiner Schmerzen bezeichnet N. die Muskulatur der rechten obern Schulterblattgrätengrube und das rechte Handgelenk. Diese Schmerzen sind nach seiner Angabe beständig vorhanden, nicht sehr gross, aber sie werden nach Anstrengungen stärker, wie er das nach dem Gewehrexerciren in seiner Garnison erfahren habe. Objectiv erkennbare Veränderungen sind an diesen Stellen ebenso wenig wie sonst irgendwo an dem Arme zu finden. Auch eigentliche Druckpunkte bestehen nicht, und wird über Exacerbationen des Schmerzes, wie sie bei Neuralgien so gewöhnlich sind, nichts berichtet.

Nachdem N. bemerkte, dass seine eben erwähnten Angaben nicht recht Glauben fanden, begann er über Schmerzen noch in der rechten Seite des Rumpfes zu klagen, dann wieder über die linke Seite. Objective Krankheitssymptome fehlten auch hier und hörten diese angeblichen Beschwerden nach Application von Ableitungsmitteln auf die Haut wieder auf. Seitdem kehrte N. zu seinen früheren Klagen über Schmerzen im rechten Arm, speciell in der Schulterblattmuskulatur zurück, und wiederholte dieselben mit stereotyper Gleichmässigkeit. Während der wirklich Leidende ebenso wie der eingebildete Kranke stets bestimmte Klagen vorzubringen hat, mindestens über Zu- und Abnahme seiner Beschwerden gern sich ausspricht, antwortet N. auf die Frage nach seinem Befinden stets: „Es ist nicht besser geworden" (was zu constatiren ihm offenbar am wichtigsten scheint) und erst in Folge weiterer Aufforderungen zeigt er auf die angeblich schmerzende Gegend. Ein bessernder Einfluss der elektrischen Behandlung auf diese Schmerzen, die nach Allem doch höchstens als lokal rheumatische angesprochen werden könnten, war gar nicht zu beobachten.

Charakteristisch für N. ist, dass, als er am 18. October an einem fieberlosen Magenkatarrh erkrankte, er sich davon ganz auffallend deprimirt zeigte, mit kläglicher Stimme über Schmerzen, nicht nur im Leib, sondern im ganzen Körper klagte, auch über ein Gefühl des Aufsteigens im Halse (globus), wie es für hysterische Personen als typisch gilt. Ebenso kommt, wenn man ihn auf die offenbare Grundlosigkeit und Nutzlosigkeit seiner Klage über sein angebliches Armleiden hinweist, ihm das Weinen sehr ernstlich nahe.

Das Gutachten der Commission führte weiter aus, dass N. ein energieloser schlaffer Mensch sei, dem die unvermeidlichen Anstrengungen in der Rekrutenzeit sehr bald zu viel geworden seien, und der wirklich die subjective Ueberzeugung haben möge, er könne den Militärdienst nicht aushalten. Dagegen läge kein derartiges Nervenleiden vor, dass er zum Militärdienst für untauglich erachtet werden müsse, noch weniger könne ein erhebliches lokales Leiden vorhanden sein, da sich für dieses während einer ein volles Jahr dauernden Beobachtung kein anderes Symptom als die eigenen Angaben des N. gefunden habe, welche letztere sonst sich durchweg als wenig wahrhaftig erwiesen hätten. Eine schonende Ausbildung des Mannes erscheine daher wohl als möglich. (Eigene Beobachtung.)

Mit grosser Vorsicht sind aus demselben Grunde verdächtige Störungen der Sensibilität und Motilität besonders an den Unterextremitäten zu beurtheilen. Anästhesien werden selten allein, meist unter gleichzeitiger Angabe von Paresen simulirt. Es ist ganz erstaunlich, mit welcher anscheinenden Gleichgültigkeit Betrüger nicht nur Nadelstiche, sondern auch längere empfindliche Schmerzen, wie durch Abbrennen von Moxen, ertragen. Beispiele davon finden sich in der bisherigen Casuistik. Natürlich gehört zu einer solchen

Leistung der feste Wille des Simulanten, bei der Empfindung des Schmerzes nicht zu zucken, man wird daher versuchen müssen, durch unvermuthete Schmerzeindrücke eine unwillkürliche Zuckung auszulösen.

Offenbar ist auch die Empfindlichkeit verschiedener Menschen gegen Schmerzeindrücke eine verschiedene. Altersgenossen von mir entsinnen sich vielleicht noch eines Mannes, dem von v. Langenbeck eine künstliche Nase gebildet wurde, und welcher sich dieser Operation wie öfter wiederholten umständlichen Nachoperationen unterzog, ohne sich je chloroformiren zu lassen, und ohne eine Miene zu verziehen, obwohl die behandelten Stellen doch zu den empfindlichsten des menschlichen Körpers gehören.

Wiederholte Untersuchungen des angeblich an Anästhesie Leidenden werden verschiedene und regellos wechselnde Resultate ergeben, während bei dem wirklich Kranken das Leiden dasselbe bleibt oder zu- oder abnimmt. Man darf dabei nicht vergessen, dass auch Kranke oft unsicher und schwankend in ihren Angaben sind. Besonders wenn es sich nur um Herabsetzung der Gefühlsempfindungen handelt, sind genaue Resultate oft gar nicht zu haben. Der Simulant wird aber auch dabei sich durch die Uebertreibung bemerklich machen. Es dürfte sich empfehlen, die drei verschiedenen Empfindungsqualitäten: Tast- (Druck-), Orts- und Temperatursinn gesondert zu prüfen. Besonders der Ortssinn (mittels zweier Zirkelspitzen zu prüfen) wird Anhaltspunkte über die Wahrhaftigkeit der Aussagen ergeben, wenn man ihn zu verschiedenen Zeiten untersucht, da Valentin bei einer nach 11 Jahren wiederholten Durchfühlung seiner Haut keine wesentlichen Unterschiede für die Minimalentfernungen an denselben Stellen gefunden hat und daraus zu schliessen ist, dass sich diese beim gesunden erwachsenen Menschen überhaupt nicht ändern. Ferner wird man beachten müssen, dass, wenn Störungen der peripheren sensiblen Endorgane wie der Nervenleitung und des Rückenmarks vorliegen, alle drei Empfindungsqualitäten in nahezu gleicher Weise herabgesetzt sind (totale Anästhesie), während da, wo die Störung vom Gehirn ausgeht, nur einzelne Empfindungsqualitäten aufgehoben sind, die eine oder andere aber noch fortbestehen kann (partielle Anästhesie)*). Der Simulant wird natürlich jede Empfindung leugnen.

*) Cf. K. Heller, Krankheiten der peripherischen Nerven, Wien 1879. Abschnitt Anästhesie.

Für wirkliche Erkrankung spricht sodann eine Störung des Muskelsinns, welcher in bekannter Weise durch Stehen oder Gehen bei geschlossenen Augen geprüft wird. Auch fehlen bei längerer Erkrankung selten Ernährungsstörungen sowohl der Muskulatur (s. oben), als auch der Haut, welche eine auffallend trockene und spröde Epidermis bekommt und eine erhöhte Vulnerabilität zeigt. Diese trophischen Störungen fehlen am ersten bei Gehirnleiden, auf welche andere Symptome dann meistens mit genügender Deutlichkeit hinweisen.

Burchardt empfiehlt in seiner Diagnostik, man solle bei simulirter Anästhesie den Simulanten einexerciren, bei jeder Berührung der Haut, die er natürlich nicht sehen, sondern nur fühlen darf, möglichst schnell den Finger zu erheben. Hat man das erreicht, indem man zunächst nur die fühlenden Hautstellen und zwar nicht taktmässig berührt, so berührt man dazwischen auch die angeblich gefühllosen Theile. Hebt der Mann den Finger dabei nicht, so hat er wahrscheinlich nichts gefühlt, hebt er aber den Finger (und das wird bei einiger Schnelligkeit des Hebens stattfinden, weil, wie schon früher bemerkt, das eingeübte Wollen schneller ist, als die Ueberlegung), so ist der zweifellose Beweis erbracht, dass er vorher gelogen hat, dass er wirklich fühlt. Das Wichtigste ist auch hier die Schnelligkeit der Reaction auf den Gefühlseindruck, welche man leider nicht immer erzielen wird.

Ein anderer Vorschlag Burchardt's ist, bei simulirter Anästhesie der Unterextremitäten vor den Augen des Simulanten die Grenze zwischen fühlender und fühlloser Partie zu zeichnen, alsdann dem Manne die Augen zu verbinden und in der Nähe der Grenze oberhalb und unterhalb derselben das Gefühl wiederum zu prüfen. Natürlich kann es dabei nicht fehlen, dass der Simulant bei der Lokalisirung der Empfindung irrt und auch unterhalb der Grenze zu fühlen angiebt. Hat er dies mehrfach gethan, so zeigt man ihm, wo er Empfindung geäussert hat und stellt eine neue, etwas tiefer gelegene Grenze des Gefühlsvermögens fest. Nun beginnt das Spiel bei verschlossenen Augen von Neuem und so macht man dem Simulanten das gefühllose Gebiet Zoll für Zoll streitig, bis man glücklich zu den Zehen gelangt ist, und die ganze Unterextremität also Empfindung gezeigt hat. Die Sache klingt in der

Theorie sehr hübsch, setzt aber eine geradezu kindliche Gutmüthigkeit des Simulanten voraus, wie sie mir niemals vorgekommen ist, und man darf wohl vorläufig bezweifeln, dass dies Verfahren je wirklich mit Erfolg durchgeführt worden ist.

Endlich sind hier noch die absichtlich herbeigeführten Formveränderungen an den Extremitäten, durch welche die Brauchbarkeit der letzteren leidet, zu erwähnen. Dieselben kommen den Selbstbeschädigungen und Selbstverstümmelungen, die im Anhang behandelt werden sollen, schon nahe.

Am häufigsten werden dieselben dargestellt durch Circulationsstörungen. Umschnüren der Arme und Beine unterhalb der Kleider, um Anschwellungen zu erzeugen, kommen auch heute noch zuweilen vor. Aussicht auf dauernden Erfolg haben diese Manipulationen indessen jetzt nicht mehr.

Dagegen ist ein anderes, sehr altes Mittel, dessen schon Schmetzer l. c. erwähnt, in neuerer Zeit wieder aufgetaucht (cf. Lindemann, Deutsche militär-ärztl. Zeitschr. 1878, Heft 10), nämlich Atrophie und Steifheit einzelner Finger durch consequente Constriction mittels Binden herbeizuführen. Die Simulanten beschuldigen eine frühere Verletzung oder Entzündung als Ursache der Atrophie. Auffallen wird bei genauer Untersuchung: wenn nicht der Mangel von Narben, so doch die Beschaffenheit der Haut, die immer zarter und weicher bei beständigem Abschluss der äussern Luft erscheinen muss, als dies in Folge der blossen Nichtbenutzung sein wird.

50. Lindemann erzählt: Rekrut E. (Maurer) aus H., Regierungsbezirk Münster, war bei seiner am 7. November 1877 erfolgten Einstellung mit einer hochgradigen Steifheit und Atrophie des rechten Zeigefingers behaftet und gab an, diesen Zustand durch eine im Steinbruch erlittene erhebliche, sämmtliche Weichtheile ablösende Quetschung durch einen aufgefallenen schweren Stein acquirirt zu haben. Die Heilung habe lange Zeit in Anspruch genommen, ein Zeugniss des behandelnden Arztes habe er sich indess wegen Armuth nicht ausstellen lassen können.

Der Umfang des rechten Zeigefingers war fast an allen Stellen um 1 cm geringer, als der des linken, die Haut des Fingers überall gleichmässig blassroth und äusserst zart, sowie nicht verschiebbar und der Finger etwas zugespitzt. Die beiden vorderen Phalangealgelenke waren ankylotisch und liessen bei forcirten Bewegungsversuchen eine nur mini-

male passive Beweglichkeit erkennen; das Metacarpophalangealgelenk war intact.

Sonach bot der Zustand ähnliche Verhältnisse, wie sie nach fast vollständiger Zerstörung der Weichtheile von Fingern nicht selten beobachtet werden, und da die Beschäftigung des pp. E. zu dergleichen Quetschungen fast täglich Veranlassung giebt, so erschienen die Angaben des Mannes nicht sehr zweifelhaft. Gleichwohl bat ich den Truppentheil um Anstellung betreffender Recherchen, besonders um genügende Feststellung etwaiger Vermerke im Ueberweisungsnationale. In letzterem fand sich als Bemerkung der Aushebungscommission: „Rechter Zeigefinger steif, ist ihm hier gerade gebogen".

Bereits vor der Musterung und Aushebung, sowie auch später, hatten indessen zufolge anonymer Anzeigen die Civilbehörden betreffende Ermittelungen angestellt, ohne dass dieses Factum zur Kenntniss der Militärbehörden gelangte. So hatte bereits im Mai 1877 eine unerwartete Untersuchung des pp. E. durch den Staatsanwalt und den Kreisphysikus hierselbst stattgefunden, verschiedene andere Zeugen waren vernommen und es kam endlich am 3. Mai cr. zu einem Audienztermine. Hier wurde nun Folgendes verhandelt:

Bei genanntem unerwarteten Besuche fand der Physikus den rechten Zeigefinger mit einer Bandage versehen. Nachdem ein lederner Fingerling entfernt, fand sich der Finger in ein Stück Leinwand eingehüllt, und nachdem auch dieses abgenommen, sah man den Finger in seiner ganzen Länge mit einem festen, etwa 1 cm breiten leinenen Bande so fest als möglich eingewickelt. Der Finger war dünn, blass, kalt und steif und der pp. E. erklärte, diese Einwickelungen wegen heftiger Schmerzen, an denen er seit einer Erfrierung dieses Fingers leide, vornehmen zu müssen; nur so sei er ohne Schmerz und im Stande zu arbeiten. Der Arzt rieth ihm diese Einschnürung zu sistiren und erklärte in einem betreffenden Gutachten, dass das qu. Verfahren unbedingt zu Steifheit und Atrophie führen müsse. Bei dem darauf folgenden Aushebungsgeschäft erschien der Genannte ohne Bandage, doch war der Finger etwas gekrümmt, schwach und steif; Bewegungsversuchen wurde sichtlich activer Widerstand entgegengesetzt und es erfolgte die versuchsweise Einstellung.

Auch nach der Aushebung hatte der pp. E. jedenfalls sein Constrictionsverfahren mit eiserner Consequenz fortgesetzt und so allmählich den intendirten hohen Grad von Steifheit und Atrophie seines rechten Zeigefingers zu Wege gebracht.

Von den vernommenen Zeugen, besonders von dem Amts-Polizeidiener wurde deponirt, dass nach einem in der Gegend verbreiteten Gerüchte betr. junge Leute von einem alten Metzger in qu. Verfahren instruirt würden und dass bereits früher Militärpflichtige wegen Steifheit von Fingern für untauglich erklärt worden seien. Speciellere Angaben aber wollten oder konnten die Zeugen nicht machen und waren ebenso wenig dazu zu bewegen, Namen zu nennen. pp. E. erklärte in einem Audienztermin, sich zuerst einmal in den Finger geschnitten, sodann denselben

gequetscht und schliesslich erfroren zu haben und zu seinen Einwickelungen durch heftige Schmerzen veranlasst zu sein.

Der Finger bot, wie eine im Termin von mir vorgenommene Untersuchung ergab, wesentlich günstigere Ernährungsverhältnisse, als im November pr.; die Farbe der Haut war der der anderen Finger wieder ähnlicher und auch die Steifheit, besonders in dem vordersten Gelenke, merklich geringer geworden.

Inculpat wurde des ihm zur Last gelegten Verbrechens für schuldig erklärt und entsprechend verurtheilt.

Derblich (Die simulirten Krankheiten der Wehrpflichtigen, Wien 1878) berichtet, dem Anschein nach nicht aus eigener Anschauung, ein eigenthümliches Verfahren, das in einer Gebirgsgegend des „einstigen lombardisch-venetianischen Königreichs" die Einwohner anzuwenden pflegten, um Verwachsungen der Finger herbeizuführen. Sie rieben mittels Equisetum arvense die zugekehrten Seiten der Finger wund und banden diese letzteren dann zusammen. Nachdem sie in Folge der entstehenden Verwachsungen den Zweck der Befreiung vom Militärdienst erreicht hatten, sollen sie durch dasselbe Mittel die Verwachsungen wieder gelöst haben.

---

7. Chronische Hautkrankheiten, Hautgeschwüre.

Fallot beginnt einen Paragraphen seines Werks über Simulation mit den Worten: „Es giebt gewiss keinen Militärarzt, dem nicht falsche Gelbsuchten vorgekommen wären, die durch ein Decoct von Curcumawurzel, Lilienstengel etc. erzeugt worden." Es ist dies recht bezeichnend für die Veränderungen, die in wenigen Decennien auch für die Art und Weise des Simulirens sich vollzogen haben, denn man könnte heute umgekehrt sagen: es wird kaum einen Militärarzt geben, der eine künstliche Gelbsucht gesehen hat. Ferner ist die Kenntniss und Behandlung der Hautkrankheiten, so viel auch noch zu wünschen übrig bleibt, doch so weit vorgeschritten, dass sich ein Arzt schwerlich durch künstlich herbeigeführte Entzündungen der Haut, die ja durch alle möglichen Reizmittel hervorgebracht werden können, täuschen lassen wird. Allen diesen Kunstprodukten ist die leichte Heilbarkeit anzusehen.

Einen Fall von künstlichem Herpes zoster durch Nadelstiche, welche mit Tartar. stibiat. behandelt wurden, führt Zuber an (Revue militaire de médec. et de chirurg. 1882. Seite 801).

Am meisten Erfolg dürfte noch die künstliche Darstellung des Favus capitis beim Musterungsgeschäft haben, insofern darauf hin eine Zurückstellung, wenn auch keine Befreiung vom Dienst ausgesprochen werden könnte. Dieselbe wird schon von Percy und Laurent erwähnt und besteht darin, dass Salpetersäure auf die behaarte Kopfhaut aufgetropft wird, wodurch dann festsitzende gelbliche Borken hervorgebracht werden, die bei oberflächlicher Betrachtung wohl täuschen können. Auch v. Fillenbaum l. c. erwähnt künstlich herbeigeführten Kopfgrind.

Hautgeschwüre an Füssen und Unterschenkeln kommen künstlich herbeigeführt fast bei jeder Rekruteneinstellung zur Beobachtung. Da weder cachectische Leute, noch solche mit ausgedehnten Narben oder Varicen am Unterschenkel als Soldaten eingestellt werden, so ist jedes dieser Geschwüre nicht nur heilbar, sondern es kann auch dauernd geheilt werden und hat niemals eine Tendenz wieder aufzubrechen, es sei denn, dass es sich an einer Stelle befindet, wo die Narbe dauernder Reibung ausgesetzt ist. Mit Ausnahme dieses letzteren Falles sollte daher grundsätzlich kein Rekrut wegen chronischen Unterschenkel- oder Fussgeschwürs entlassen werden. Bei älteren Soldaten liegt die Sache allerdings anders.

Diese meist durchweg als Fussgeschwüre bezeichneten Ulcerationen können in Folge von Vernachlässigung einer zufälligen geringen Verletzung, wie sie bei der arbeitenden Klasse häufig vorkommt, sich entwickeln. In vielen Fällen aber findet man bei Rekruten noch die necrotisirte Haut auf dem Geschwür festsitzend als Beweis, dass dort längere Zeit ein Druck stattgefunden haben muss, den ein vernünftiger Mensch nicht ohne Absicht erträgt. Auch aus der Form kann man Schlüsse ziehen, denn wenn ganz frische Geschwüre kreisrund sind und genau der Grösse einer Münze entsprechen, so darf man vermuthen, dass sie in der sehr beliebten Weise durch festes Aufbinden von rostigen Kupfermünzen hergestellt sind. Auch durch Reizmittel verschiedener Art (scharfe Pflanzensäfte, Canthariden u. s. w.) werden diese Geschwüre hervorgerufen und unterhalten.

Die sichere Ueberzeugung von dem Versuch zu betrügen gewinnt man, sobald die Vernarbung des Geschwürs sich einzustellen droht, denn von diesem Zeitpunkte an beginnt gewöhnlich die Gegenaction des Simulanten. Es ist bekannt, dass Geschwüre, die sich gereinigt haben und gut granuliren, bei gesunden jungen Leuten unter einfachem Druckverband mittels Pflaster und Binde ohne jede Schwierigkeit vernarben. Der Simulant sucht dies durch Reiben, Drücken und Stossen oder erneute Anwendung seines Reizmittels zu verhindern und so findet man bei der Abnahme des Verbandes, dass ein Geschwür, welches man fast geheilt hofft, keine Fortschritte in der Vernarbung gemacht hat, sondern wieder missfarbig, auch wohl blutig ist. Ein altes Mittel besteht daher darin, über die Touren der Binde Striche zu ziehen, an deren Verschiebung man eine heimliche Eröffnung des Verbandes merken würde. Dies Mittel kann jedoch nicht ein Drücken und Klopfen an den Geschwürsstellen verhindern, das die Vernarbung zu stören vollkommen genügt. Man erreicht seine Absicht aber durch ein anderes, ebenfalls altes, aber wie es scheint doch nicht überall bekanntes Verfahren. Man lässt nämlich ein kleines Slück Blei zu einer ganz dünnen Platte, welches sich dem Glied vollständig anpassen lässt, ausklopfen und schaltet diese Bleiplatte zwischen Pflaster und Binde ein, auf der man natürlich die eben angeführten Striche anbringt. Diese Platte, so dünn und weich sie an sich ist, hindert dadurch, dass sie durch die Binde fixirt wird, jede Insultation der Geschwürsstelle. Bei richtiger Anwendung versagt diese Methode niemals (cf. Fall 1).

I. Anhang.

Selbstverstümmelungen und Selbstbeschädigungen.

In den vorstehenden Kapiteln sind bereits Selbstbeschädigungen angeführt worden, doch pflegt man dieselben zu den Simulationen zu zählen, so lange die Beschädigung verheimlicht wird und den Zweck hat, eine aus anderen Ursachen entstandene Krankheit vorzutäuschen. Mit den Selbstverstümmelungen gemeinsam werden aber diejenigen Beschädigungen abgehandelt, bei welchen die Einwirkung äusserer mechanischer Gewalt nicht geleugnet, sondern nur fälschlich einer andern Person oder einem unglücklichen Zufall zugeschrieben wird.

Selbstverstümmelungen und Beschädigungen zu dem Zweck, sich dem Militärdienst zu entziehen, kommen selten vor der Aushebung vor, am häufigsten in der Zeit zwischen Aushebung und Einstellung, weniger häufig in der Rekrutenzeit und wieder nur selten bei älteren Soldaten.

Die dazu gewählten Instrumente sind in erster Linie die Axt und das Beil, mit dem Messer arbeiten nur sehr beherzte Leute, während die Schusswaffe fast nur von ausgebildeten Soldaten benutzt wird.

Gewöhnlich werden nur einzelne Finger geopfert (nämlich Zeigefinger oder Daumen, oder beide), seltener die Mittelhand oder gar der Arm beschädigt.

Diese enge lokale Begrenzung der Verletzungen, der regelmässige Mangel von Zeugen, die eigenthümlichen Umstände, unter denen die Verletzung möglich wurde (z. B. dass sich der Beschädigte freiwillig erboten hatte, für einen andern Holz zu spalten,

dass er als einsamer Posten des Nachts angeschossen wurde, dass ein unbekannter Mensch aus unbekannter Ursache den Unglücklichen auf der Latrine mit einem Säbel angriff) — veranlassen gewöhnlich, dass der Verdacht der Selbstbeschädigung nicht ausbleibt.

Trotzdem ist solchen Leuten, wenn sie einigermassen vorsichtig sind, häufig nichts zu beweisen; unter Umständen erlangen sie auch noch Invalidenbeneficien.

Die überall reichlich vorhandene Unüberlegtheit der Menschen und die richtige Verwerthung der begleitenden Umstände der That gestatten aber doch in manchen Fällen den Beweis der Selbstbeschädigung zu erbringen. Einzelne lehrreiche Beispiele dieser Art, welche zugleich den vorstehenden Sätzen zur Stütze dienen, lasse ich hier folgen.

51. Ein Soldat N. hatte sich im Jahre 1868 beim Holzspalten angeblich zufällig den linken Daumen und Zeigefinger glatt durchgehauen. An dem abgetrennten Stück des Daumens war eine zweite scharfe Wunde senkrecht auf die Längsrichtung des Daumens gefunden worden, das ganze Stück war später verschwunden. Es entstand der Verdacht der Selbstverstümmelung, der zuerst begutachtende Arzt hielt die Zufälligkeit des Ereignisses für möglich. N. erklärte, dass er das Stück Holz, indem er es mit der linken Hand umspannend auf den Block hielt, an dem einen Ende zunächst spalten wollte, die Axt jedoch weiter, als er vermuthete, vordrang, und so nicht nur das Holz, sondern auch die beiden nach oben gerichteten Finger, also Daumen und Zeigefinger durchtrennte. Die zweite Wunde an dem abgetrennten Stück des Daumens könne nur beim Herabfallen der Axt entstanden sein. Es wurde ein zweites Gutachten verlangt unter Uebersendung nicht nur der Akten, sondern auch der Axt und zweier länglichen Holzstücke A und B, welche genau an einander passten. Die betreffenden Spaltflächen, welche also dem Wege der Axt im Holz entsprachen, zeigten sich nur an dem einen Ende ganz glatt, woraus geschlossen werden musste, dass an diesem Ende die Schneide der Axt eingedrungen war, während das nach unten stehende Ende unregelmässig nach dem Verlauf der Holzfasern (unter Einfluss der Keilwirkung der Axt) gespalten war. Das Gutachten führte aus, dass die beiden Finger allerdings in der von N. angegebenen Stellung mit einander zugekehrten Beugeflächen durchschlagen sein müssten, dies könnte jedoch ebensowohl beim Umspannen des Holzes geschehen sein, als indem beide Finger auf das Ende des Holzes, letzteres mit leichtem Druck nach unten fixirend, gelegt gehalten wurden. Die erstere Annahme wurde dadurch etwas unwahrscheinlich, dass die Breite der Spaltfläche an der Stelle, wo die Axt eindrang, $1^1/_2$ Zoll, die Sehne der bogenförmigen Schneide der Axt $3^5/_8$ Zoll betrage. Hiernach wäre nach Abzug der Holzbreite für jeden der beiden

Finger fast nur ein Zoll Axtbreite übrig geblieben, was allerdings zum Durchtrennen eines Fingers genüge, aber auch nur eben genüge. Bei der geringsten Abweichung der Axt nach der einen oder andern Seite hätte einer der beiden Finger nur zum Theil durchschlagen werden können. Diese Betrachtung sei allerdings hinfällig, wenn, wie N. behauptet, er nicht beim Trennen der Stücke A und B, sondern beim Abtrennen eines dritten Stückes von dem Stücke B die Finger durchschlagen hätte, indessen sei dies dritte Stück erstlich nicht vorhanden, ferner zeigte B an der Spaltfläche, mit der es an A festsass, mehrere unzweifelhafte Blutflecke. Sodann spreche gegen die angegebene Haltung der Hand die Unversehrtheit des dritten Fingers, welcher dabei doch dicht neben dem Zeigefinger gelegen haben muss. Die Haut leiste in Folge ihrer Elasticität der Durchtrennung grösseren Widerstand, als die festen Gebilde, und beim unabsichtlichen Abschlagen eines Fingers seien sehr häufig alle Theile des Fingers getrennt bis auf ein unverletztes Hautstück, an dem er hängen bleibe. War nun im vorliegenden Falle die Gewalt des Schlages so gross, dass die Axt den Zeigefinger vollständig durchtrennte, so sei es fast unmöglich, dass dieselbe unmittelbar danach in ihrer Bewegung aufhörte und den dritten Finger nicht einmal ritzte. Für wirklich unmöglich müsse endlich gelten, dass die Axt beim Herabfallen die zweite scharfe, nicht gequetschte Wunde am abgetrennten Stück des Daumens verursacht habe, denn die Axt falle nach dem Gesetz der Schwere, also nicht mit der Schneide nach unten zur Erde.

Eine solche zweite Wunde an dem abgehauenen Stück eines Fingers wird übrigens öfter beobachtet, worauf Oberstabsarzt Paschen (cf. Stat. Sanitätsbericht über die preuss. Armee 1874—78) aufmerksam gemacht hat. Entweder wird bei dem ersten Schlage der Finger nicht ganz durchtrennt, oder die abgeschlagene Fingerspitze erscheint dem Selbstverstümmler zu unbedeutend und er schlägt noch ein zweites Stück ab.

52. Wie leichtsinnig die Selbstbeschädigung oft vorgenommen wird, zeigt der Fall eines Rekruten, der im Winter 1875 mit zwei parallelen, quer über den rechten Handrücken verlaufenden Schnittwunden ins Lazareth kam. Die Strecksehnen waren blossgelegt, die Heilung erfolgte unter antiseptischem Verband per primam ohne Gebrauchsstörung. Der Mann gab an, er sei in einer verrufenen Vorstadt Danzigs, wo er einquartiert war, an einem dunklen Winterabend mit seinem eben empfangenen Commisbrod ruhig seines Weges gegangen, als ihm plötzlich zwei Männer sein Brod zu entreissen suchten. Er habe dies festzuhalten gesucht, plötzlich jedoch einen Schmerz an der rechten Hand gefühlt, worauf er losliess und die Männer mit dem Brode entliefen. Diese Darstellung bot bei der bekannten Rohheit gewisser Volksklassen in D. durchaus nichts Unwahrscheinliches, um so weniger, als die rechte und nicht, wie gewöhnlich, die linke Hand verletzt war. Der Mann war aber thöricht genug, einem Mitkranken zu erzählen, dass er sich die Schnitte selbst mit dem Rasirmesser beigebracht habe, und blieb das Geheimniss natürlich nicht verwahrt.

53. Ein Rekrut N. kam eines Morgens im Winter 1880 von aussen in seine Kasernenstube mit der Klage, er habe sich soeben an der Thür der Latrine den rechten Zeigefinger zerquetscht; ob die Thür von selbst zugeflogen oder von einem andern zugedrückt worden (denn hinter ihm seien Kameraden gewesen), habe er bei der noch herrschenden Dunkelheit nicht erkennen können. Der rechte Zeigefinger zeigte an der Volarseite, entsprechend dem ersten Interphalangealgelenk, eine quer zu seiner Längsrichtung verlaufende Wunde, welche die Haut, die Beugesehnen und die Gelenkkapsel durchdrang. Die Rückseite des Zeigefingers, sowie der dritte bis fünfte Finger waren völlig unverletzt. Ein ärztliches Gutachten führte aus, dass der Mangel von Zeugen auffallen müsse, denn ein Mensch, der unvermuthet eine so erhebliche Verletzung erleide, würde wohl einen Schmerzenslaut ausstossen, und so die Aufmerksamkeit der Anwesenden auf sich ziehen. Ferner: Wenn N. mit dem Zeigefinger zu öffnen versucht oder die Thür hinter sich zugezogen hat, so müssten, um diesen Finger an der Gelenkstelle zu quetschen, der dritte bis fünfte Finger in einem solchen Zustande gebeugt worden sein, wie dies bei zwanglosen Bewegungen kein Mensch thue. Jeder könne sich davon überzeugen, dass bei gestrecktem Zeigefinger und zwangloser Beugung der übrigen die erste Gelenkfalte des Zeigefingers noch immer von dem Mittelfinger überragt werde. Endlich müsse es auffallen, dass die immerhin stumpfe Kante eines Thürschlosses die elastischen Sehnen durchschnitten habe; viel eher würde bei Einwirkung einer solchen stumpfen Gewalt der Knochen zerbrochen oder zermalmt werden, während die biegsamen Sehnen dem Drucke ausweichen.

Die Besichtigung der Thür ergab, dass eine Vorrichtung bestand, welche das völlige Zuschlagen derselben verhinderte. Die Erzählung des Mannes war also zweifellos erlogen.

54. Ein anderer Rekrut wurde (1881) des Nachts auf dem Bette sitzend und über seinen blutenden Finger jammernd bemerkt. Er gab an, um 12 Uhr aufgestanden und nach der Latrine gegangen zu sein. Dort habe ihn ein Mann, den er bald als schwarz, bald als Soldat bezeichnete und jedenfalls nicht näher beschreiben konnte, mit einem Säbel angegriffen, er habe seinerseits die rechte Hand abwehrend vorgehalten und dabei einen Schlag auf den rechten Zeigefinger erhalten. Als später in seinem Schrank ein blutiges Rasirmesser mit starken Scharten gefunden wurde, fügte er hinzu: der Finger habe nur noch an einem Stück Haut gehangen, und da habe er versucht, ihn mit dem Rasirmesser ganz abzuschneiden, in der Hoffnung, dann weniger Schmerzen zu haben. — Die scharfe Schnittwunde hatte in der That die ganze erste Phalanx inclusive Knochen und Sehnen durchtrennt bis auf eine Hautbrücke, die sich jedoch an der Radialseite des Fingers befand, so dass also das schneidende Werkzeug von der Seite des Mittelfingers eingedrungen sein musste. Letzterer war wie alle übrigen Finger und die Hand völlig unverletzt. Die Wunde verlief nicht ganz quer zur Längsachse, sondern schräg, sodass der Stumpf an der dem Mittelfinger zugekehrten Seite länger war. Diese Richtung entsprach also ganz einem

mit der eigenen linken Hand geführten Schnitt. Aerztlicherseits wurde es für unmöglich erklärt, dass die Verletzung in der von N. angegebenen Weise entstanden sein könne. Durch Zeugen wurde festgestellt, dass bei Abgang des N. zum Militär die Schneide des Rasirmessers schartenfrei war. Wie er sich die Verletzung beigebracht hat, ist nicht ermittelt, obwohl Selbstverstümmelung seitens des Gerichts angenommen wurde. Vielleicht ist es nur der Energie eines Litthauers möglich, sich die knöcherne Phalanx mit einem Messer zu durchschneiden.

55. In einer Frühjahrsnacht 1878 stand ein Soldat N., dessen Vorleben nicht besonders rühmlich war (von Beruf Kellner, hatte er leichtsinnig Schulden gemacht, wegen deren gerade eine Klage gegen ihn schwebte; freiwillig eingetreten, um Unteroffizier zu werden, hatte er sich so geführt, dass er die Aussicht auf Beförderung verlor), auf Posten innerhalb der Werftumfriedigung und bemerkte nach seiner Erzählung etwa 20 Schritte entfernt einen verdächtigen Civilisten, welcher auf wiederholtes Anrufen nicht stand. N. gab schliesslich Feuer auf den entlaufenden Unbekannten, im selben Augenblick bemerkte er etwa drei Schritt von sich entfernt einen zweiten Civilisten, der mit einer kurzen Handwaffe auf ihn schoss und ihn am linken Oberarm verwundete. Auf seinen Hilferuf löste den N. eine Patrouille ab, die sofortige Durchsuchung der Umgebung nach den Eindringlingen war fruchtlos, wohl aber fand man am Orte der That zwei Patronenhülsen des Mausergewehrs. Auch besass N. von den ihm mitgegebenen drei Patronen nur noch eine, sodass er selbst offenbar zweimal geschossen haben musste. Verschiedene Zeugen hatten deutlich zwei Schüsse, aber keinen dritten gehört. N. erklärte es später für möglich, dass er zweimal geschossen habe, aber das zweite Mal gleichzeitig mit dem Angreifer (?). — Der linke Oberarm zeigte vorn wenige Centimeter über dem Ellenbogengelenk eine runde, etwa Fünfpfennigstück grosse Eingangsöffnung, der Knochen war fracturirt, die Ausgangsöffnung an der Ausgangsseite des Oberarms lag 6 cm höher und stellte eine 12 cm lange, 7 cm breite klaffende, stark blutende Wunde dar. Entsprechend der Eingangsöffnung zeigte der Rockärmel einen wie mit dem Locheisen herausgeschlagenen Substanzverlust, die correspondirende Mantelstelle war versengt, während die Ausgangsöffnung in den Kleidern nur einen langen Riss bildete. Das Ellenbogengelenk war von vorne herein stark angeschwollen. Nach Wochen wurde ein halbröhrenförmiger Sequester von 4 cm Länge entfernt. — Das ärztliche Gutachten musste die gerichtliche Frage: ob die Möglichkeit einer Selbstbeschädigung durch das Infanterie-Mausergewehr vorhanden sei, bejahen. N. wurde freigesprochen.

Wie jede ungewöhnliche That excentrische Geister zur Nachahmung reizt (man denke an das epidemische Auftreten politischer Mordversuche), so wiederholen sich auch Selbstverstümmelungen und Selbstmorde zuweilen häufig in einer Truppe. Der unter 55 erzählte Fall war der zweite von vieren, die bei ein und demselben Bataillon binnen zwei Jahren vorkamen. In allen vier Fällen

wurden einsame Posten angeblich von unbekannten Civilisten an der Hand oder am Arm durch Gewehrschuss verwundet bez. verstümmelt. Der erste von diesen vier Männern erhielt Invalidenpension, der zweite wurde freigesprochen, erhielt aber keine Pension, der dritte und vierte wurde wegen Selbstbeschädigung verurtheilt.

Auf der Naturforscherversammlung zu Danzig im Jahre 1880 machte Stabsarzt Preuss in der militärärztlichen Section auf die Construction der Mauserpatrone, und dass deren Kenntniss in Fällen von Wichtigkeit sein kann, aufmerksam. Hinter dem Geschoss liegt zunächst ein Kartonblättchen, dann folgt eine Wachsplatte, dann ein zweites Kartonblättchen und danach erst das Pulver in der metallenen Patronenhülse. Wachs und Kartonblättchen verlieren sehr rasch die mitgetheilte Fluggeschwindigkeit, und würde man dieselben in der Wunde finden, was bei Schüssen aus nächster Nähe wohl möglich wäre, so würde die Waffe, aus der der Schuss gefallen, evident sein. Die Mauserpatrone ist indessen abgeschafft, ähnliche Beobachtungen werden aber auch bei anders construirten Patronen möglich sein.

II. Anhang.

Gesetzliche Bestimmungen betreffs Simulation, Selbstverstümmelung und bezügliche ärztliche Gutachten.

1. Strafgesetzbuch für das deutsche Reich vom 15. Mai 1871.

(Die Militärpflichtigen stehen unter dem Civilgesetz.)

§ 142. Wer sich vorsätzlich durch Selbstverstümmelung oder auf andere Weise zur Erfüllung der Wehrpflicht untauglich macht oder durch einen anderen untauglich machen lässt, wird mit Gefängniss nicht unter einem Jahre bestraft; auch kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

Dieselbe Strafe trifft denjenigen, welcher einen anderen auf dessen Verlangen zur Erfüllung der Wehrpflicht untauglich macht.

§ 143. Wer in der Absicht, sich der Erfüllung der Wehrpflicht ganz oder theilweise zu entziehen, auf Täuschung berechnete Mittel anwendet, wird mit Gefängniss bestraft; auch kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

Dieselbe Strafvorschrift findet auf den Theilnehmer Anwendung.

2. Strafprocessordnung für das deutsche Reich vom 1. Februar 1877.

§ 80. Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vorbereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen oder des Beschuldigten weitere Aufklärung verschafft werden.

Zu demselben Zwecke kann ihm gestattet werden, die Akten einzusehen, der Vernehmung von Zeugen oder des Beschuldigten beizuwohnen und an dieselben unmittelbar Fragen zu stellen.

§ 81. Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Vertheidigers anordnen, dass der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde u. s. w.

§ 487. Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurtheilte in Geisteskrankheit verfällt.

Dasselbe gilt bei anderen Krankheiten, wenn von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für die Verurtheilten zu besorgen steht.

Die Strafvollstreckung kann auch dann aufgeschoben werden, wenn sich der Verurtheilte in einem körperlichen Zustande befindet, bei welchem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist.

§ 493. Ist der Verurtheilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurtheilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat.

Die Staatsanwaltschaft hat im letzteren Falle eine Entscheidung des Gerichts herbeizuführen.

3. Militärstrafgesetzbuch für das deutsche Reich vom 20. Juni 1872.

§ 81. Wer sich vorsätzlich durch Selbstverstümmelung oder auf andere Weise zur Erfüllung seiner gesetzlichen oder von ihm übernommenen Verpflichtung zum Dienste untauglich macht oder durch einen Anderen untauglich machen lässt, wird mit Gefängniss von 1 bis zu 5 Jahren bestraft; zugleich ist auf Versetzung in die zweite Klasse des Soldatenstandes zu erkennen.

Wird durch die Handlung die Unfähigkeit zu Arbeiten für militärische Zwecke verursacht, so ist die an sich verwirkte Gefängnissstrafe um die Dauer von 3 Monaten bis zu 1 Jahr zu erhöhen; zugleich ist auf Entfernung aus dem Heere oder der Marine zu erkennen.

Der Versuch ist strafbar.

Wird der Verstümmelte nur untauglich zum Dienst, nicht aber zu Arbeiten für militärische Zwecke, so ist derselbe nach abgebüsster Strafe einer Arbeiterabtheilung zu überweisen (A.K.O. vom 6. December 1827).

Ob die Untauglichkeit zum Dienst dauernd oder vorübergehend oder nur zu einem bestimmten Waffendienst eintritt, ist für den Thatbestand der Selbstbeschädigung gleichgiltig.

Versuchter Selbstmord fällt nicht unter § 81, weil der Vorsatz des Untauglichmachens fehlt.

Ebensowenig ist er zutreffend, wenn der Thäter bereits untauglich war, ohne es zu wissen.

Missbrauch der Dienstwaffe zur Selbstbeschädigung hat erhöhte Strafe nach § 55, 2 des M.-St.-G.-B. zur Folge.

(Koppmann: Commentar zum M.-St.-G.-B. 1875.)

§ 82. Dieselben Freiheitsstrafen (§ 81) treffen denjenigen, welcher einen Anderen auf dessen Verlangen zur Erfüllung seiner gesetzlichen oder von ihm übernommenen Verpflichtung zum Dienste untauglich macht; zugleich kann auf Versetzung in die zweite Klasse des Soldatenstandes erkannt werden.

§ 83. Wer in der Absicht, sich der Erfüllung seiner gesetzlichen oder von ihm übernommenen Verpflichtung zum Dienste ganz oder theilweise zu entziehen, ein auf Täuschung berechnetes Mittel anwendet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft; zugleich kann auf Versetzung in die zweite Klasse des Soldatenstandes erkannt werden.

Dieselbe Strafvorschrift findet auf die Theilnehmer Anwendung.

Der strafrechtliche Thatbestand der Simulation liegt nicht vor, wenn z. B. ein Soldat ein Unwohlsein vorschützt, um sich nur einzelnen, speciellen, ihm aufgetragenen Dienstleistungen zu entziehen (es tritt dann nur Strafe wegen Lügens oder falscher Meldung ein).

Ebensowenig ist dies der Fall bei blos lügenhaften Behauptungen über Bestehen einer Krankheit. Simulation liegt erst vor, sobald besondere Mittel angewendet werden, diese falschen Angaben als wahr darzustellen. Zu solchen Mitteln würde z. B. nicht blos Hinken, sondern schon Stillstehen im Marsche wegen angeblicher Schmerzen oder der Aufenthalt im Lazareth unter fortdauernder Behauptung, keine Besserung zu verspüren, gehören.

Vorschützen von Krankheiten aus Furcht vor persönlicher Gefahr fällt unter Feigheit. (Koppmann l. c.)

